



GEZONDHEIDSCONFERENTIE
OVER BEVOLKINGSONDERZOEKEN NAAR KANKER
VAN DE BAARMOEDERHALS, BORST EN DIKKEDARM

Gent, 14 december 2013 | www.bevolkingsonderzoek.be

CONFERENTIEBOEK

Rapportering ter voorbereiding van de
Gezondheidsconferentie

December 2013

Inhoudsopgave

Lijst van tabellen.....	1
Lijst van figuren.....	1
Afkortingen	2
1. Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid	1
1.1 Gezondheidsdoelstellingen en gezondheidsconferenties	1
1.2 Vlaams beleid inzake bevolkingsonderzoek	1
1.3 Drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker	2
1.4 Gezondheidsconferentie ‘Bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm’	2
2. Voortraject van de Gezondheidsconferentie.....	3
2.1 Wie werd bij dit voortraject betrokken?	3
2.2 Wat is er tijdens dit voortraject gerealiseerd?	4
2.3 Uitgangspunten en concepten gehanteerd in het voortraject	5
3. Organisatie van Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker	6
3.1 De organisatieketen in bevolkingsonderzoek.....	6
3.2 Kernfuncties.....	7
3.3 Goed bestuur	8
3.4 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.....	9
3.5 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker.....	11
3.6 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker	13
3.7 Participatie.....	15
4. Gezondheidsdoelstelling.....	16
4.1 Hoofddoelstelling en subdoelstellingen.....	16
4.2 Preventiestrategieën.....	17
4.3 Prioritaire acties	18
4.4 Hoofd- en subdoelstellingen & indicatoren.....	19
4.5 Actieplan 2014-2020	24
Referenties	40

Lijst van tabellen

Tabel 1: Overzicht van de bijlagen van het conferentieboek	5
Tabel 2: Hoofddoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm.....	17
Tabel 3: Subdoelstellingen voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm.....	17
Tabel 4: Preventiestrategieën voor bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm, per subdoelstelling.....	18
Tabel 5: Indicatoren voor opvolging van de gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm	19
Tabel 6: Indicatoren voor opvolging van actieplan voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm	24

Lijst van figuren

Figuur 1: Organisatieketen van bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen.....	7
---	---

Afkortingen

ASC-US	<i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i> (= atypische plaveiselcellen van onbepaalde betekenis)
BVO	Bevolkingsonderzoek
CvKO	Centrum voor Kankeropsporing
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EU	Europese Unie
FOBT	Fecaal occult bloedtest
gFOBT	Guaiac fecaal occult bloedtest
HPV	Humaan Papillomavirus
iFOBT	Immunochemische fecaal occult bloedtest
IMA	Intermutualistisch Agentschap
IMC	Interministeriële Conferentie
Logo	Door de Vlaamse regering erkend samenwerkingsverband voor loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie binnen een geografisch aaneengesloten gebied
LOK	Lokaal overleg kwaliteitszorg
ME	Mammografische eenheid
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeit
SKR	Stichting Kankerregister
UGent	Universiteit Gent
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VVGE	Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie
VVOG	Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
VUB	Vrije Universiteit Brussel

1. Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid

De Vlaamse overheid is bevoegd voor het **preventieve gezondheidsbeleid**, terwijl de federale overheid bevoegd is voor de meeste aspecten van het curatieve gezondheidsbeleid en de financiering van de medische prestaties.

Het conceptuele en regelgevende kader voor het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid is opgenomen in het **decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg**.¹ In dit 'preventiedecreet' is de basis gelegd voor o.a. het werken met gezondheidsdoelstellingen, het organiseren van bevolkingsonderzoek (BVO), het erkennen en subsidiëren van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking, de werking van de Logo's, en het oprichten van Vlaamse werkgroepen. Het decreet is verder uitgewerkt in een aantal uitvoeringsbesluiten^a.

Gezien onder andere de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de organieke wetgeving en de programmatie federale materie zijn gebleven, is het, om een doelmatig beleid te kunnen voeren, ook op vlak van bevolkingsonderzoek, voor de Vlaamse Gemeenschap noodzakelijk om een goede afstemming te realiseren met het federale beleidsniveau. In de loop der jaren werden verschillende initiatieven genomen binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om het beleid van de verschillende overheden op elkaar af te stemmen.

1.1 Gezondheidsdoelstellingen en gezondheidsconferenties

Om **accenten te leggen binnen het preventieve gezondheidsbeleid** werkt de Vlaamse overheid met **gezondheidsdoelstellingen**^b. Dat zijn specifieke, meetbare en aanvaarde doelstellingen die binnen een bepaalde periode gerealiseerd moeten worden. De Vlaamse overheid startte ermee in 1998, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het Vlaamse parlement formuleerde toen vijf gezondheidsdoelstellingen waarvan één bepaalde dat borstkankerscreening (d.i. bevolkingsonderzoek naar borstkanker) bij vrouwen doelmatiger moest verlopen tegen het jaar 2002. Deze doelstelling werd hernieuwd in 2005. Voorstellen voor gezondheidsdoelstellingen worden sinds het decreet van 2003 **geformuleerd door een gezondheidsconferentie**, die tegelijk ook preventiestrategieën en een budget voorstelt om de doelstelling te realiseren. De Vlaamse Regering en het Vlaamse Parlement bespreken die voorstellen en keuren ze goed. Deze werkwijze heeft tot doel de **wetenschappelijk onderbouwde ontwikkeling en het maatschappelijke draagvlak** van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te garanderen.

1.2 Vlaams beleid inzake bevolkingsonderzoek

In artikel 31 van het decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg wordt een juridische aanzet gegeven voor het voeren van een Vlaams beleid inzake bevolkingsonderzoek. De uitgangspunten, voorwaarden, instrumenten en procedures om dat beleid te voeren zijn omschreven in het besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie.

^a De principes voor het organiseren van bevolkingsonderzoek staan omschreven in het *besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie*. De wijze waarop partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking kunnen worden erkend en gesubsidieerd, is geregeld in het *besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende erkenning en subsidiëring van partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking via een beheersovereenkomst*. De oprichting van beleidsondersteunende werkgroepen wordt geregeld in het *besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2008 betreffende Vlaamse werkgroepen binnen het preventief gezondheidsbeleid*.

^b Online: www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/.

De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, kan, namens de Vlaamse Regering, het initiatief nemen om een bevolkingsonderzoek op te starten. Ook groeperingen of organisaties, zoals de mutualiteiten, de gezondheidsraad van een gemeente, een groep huisartsen of specialisten, een universiteit of een bedrijf, kunnen het initiatief nemen om een bevolkingsonderzoek te organiseren. In dat geval moet de initiatiefnemer toestemming vragen aan de Vlaamse minister voor het organiseren van dit bevolkingsonderzoek. De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek^c adviseert de minister terzake op basis van een vaste lijst van kwaliteitscriteria. Enkel bevolkingsonderzoeken namens de Vlaamse Regering en bevolkingsonderzoeken georganiseerd door derden met toestemming van de minister, zijn in Vlaanderen toegestaan.

In 2011 werden door de werkgroep Bevolkingsonderzoek drie adviezen inzake initiatieven van bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen geformuleerd: de werkgroep gaf een gunstig advies over het verder organiseren van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker (advies 11-05), mits enkele aanpassingen bij de uitvoering, en gaf vervolgens ook positief advies over het opstarten van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals- en dikkedarmkanker (advies 11-04 en advies 11-03 respectievelijk).^{2,3,4}

1.3 Drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker

Op basis van de gezondheidsdoelstelling over borstkankeropsporing van 1998 werd in 2001 gestart met een **Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker**. In 2005 werd een gezondheidsconferentie georganiseerd om de gezondheidsdoelstelling van 1998 te herzien. De nieuwe doelstelling werd als volgt geformuleerd: "Tegen 2012 verloopt het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar doelmatiger, d.w.z. voldoende vrouwen nemen deel, meer kankers worden tijdig gevonden en er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken. Concreet betekent dit:

- [1] dat 75% vrouwen uit de doelgroep deelnemen aan het bevolkingsonderzoek;
- [2] dat meer kankers tijdig gevonden worden, d.w.z. dat bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening 30% van de gevonden (invasieve) kankers niet groter is dan 1 centimeter;
- [3] dat zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken gebeuren, d.w.z. dat niet meer dan 5% deelnemende vrouwen opgeroepen wordt voor verder opvolgingsonderzoek."

Sinds juni 2013 wordt in Vlaanderen een **Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker** georganiseerd.

Een **Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker** wordt sinds oktober 2013 op gefaseerde wijze geïmplementeerd.

1.4 Gezondheidsconferentie 'Bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm'

Omdat de gezondheidsdoelstelling over borstkankeropsporing afgelopen is en aangezien ondertussen ook de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker gestart zijn, besliste minister Vandeuren, bevoegd voor het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid, om een nieuwe gezondheidsdoelstelling over "bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm" te formuleren. **De drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken worden m.a.w. samen behandeld, doch met voldoende aandacht voor de specifieke kenmerken eigen aan elk bevolkingsonderzoek**

^c Het Ministerieel besluit van 6 november 2009 regelt de oprichting van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, die de minister adviseert op basis van een vaste lijst van kwaliteitscriteria voor initiatieven tot bevolkingsonderzoek. Voor de samenstelling zie online: 'Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek' op www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/bevolkingsonderzoek/.

en de implementatiefase waarin ze zich bevinden. Door voor de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker één gezondheidsdoelstelling te formuleren wordt onder meer tegemoet gekomen aan de belangrijke vaststelling dat, door voor een aantal deelaspecten van bevolkingsonderzoek een gezamenlijke aanpak of overkoepelende visie te ontwikkelen, een meer performante werking en hogere kwaliteit kunnen worden gerealiseerd.⁵

Met de organisatie van kwaliteitsvolle en performante bevolkingsonderzoeken naar kanker, afgestemd op de internationale bevindingen en Europese richtlijnen, beoogt de Vlaamse overheid gezondheidswinst voor de bevolking te behalen. Door dit te consolideren in een gezondheidsdoelstelling voor 2020 wordt het beleid rond de Vlaamse bevolkingsonderzoeken onderbouwd met een langetermijnvisie waaraan een planning met acties, indicatoren voor monitoring en evaluatie, en aangepaste investeringen verbonden zijn.

De gezondheidsdoelstelling en het bijhorende voorstel van preventiestrategieën en actieplan voor "bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm" worden door Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, op 14 december 2013 gepresenteerd op de Gezondheidsconferentie. Bij het finaliseren van de gezondheidsdoelstelling zal rekening worden gehouden met de punten die aangebracht worden tijdens deze Gezondheidsconferentie en zullen de voorgestelde preventiestrategieën en acties - indien nodig - aangepast en verder uitgewerkt worden.

2. Voortraject van de Gezondheidsconferentie

2.1 Wie werd bij dit voortraject betrokken?

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid^d (VAZG) en alle actoren die betrokken zijn bij één van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker bereidden deze Gezondheidsconferentie voor sinds januari 2013. HERA^e kreeg de opdracht dit voortraject inhoudelijk te begeleiden.

Het proces verliep grotendeels via de werkzaamheden van **vier werkgroepen**^f, opgericht voor de duur van het voortraject van de Gezondheidsconferentie. De drie thematische werkgroepen waren subwerkgroepen van de bestaande Vlaamse werkgroepen Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, Bevolkingsonderzoek naar borstkanker en Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker^{g,6,7,8}. De vierde werkgroep 'Gemeenschappelijke aspecten van de bevolkingsonderzoeken naar kanker' had als opdracht het bespreken van die thema's waarvan het zinvol zou kunnen zijn om ze uit de context van één specifiek bevolkingsonderzoek naar kanker te halen (bijvoorbeeld gegevensuitwisseling, goed bestuur, participatie aan de bevolkingsonderzoeken, sensibilisering).⁹

De voortgang van het voortraject en de coördinatie van de werkzaamheden in de werkgroepen, werden opgevolgd door een **stuurgroep**, samengesteld uit vertegenwoordigers van het kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, van het VAZG, de voorzitters van de vier betrokken werkgroepen, het Centrum voor Kankeropsporing en HERA. In een latere fase werd ook een gezondheidseconoom in de stuurgroep opgenomen.

^d Het VAZG is een intern verzelfstandigd agentschap van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin binnen de Vlaamse overheid. Online: www.zorg-en-gezondheid.be.

^e HERA is een internationaal adviesbureau gespecialiseerd in gezondheidszorg. Online: www.hera.eu.

^f De samenstelling van de werkgroepen staat online onder 'Werkgroepen en stuurgroep' op www.gezondheidsconferentie-kankeropsporing.be en in de werkteksten van deze werkgroepen.

^g Ministeriële besluiten regelen de oprichting van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker (29 januari 2010), de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (24 augustus 2012) en de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker (29 januari 2013). Deze ondersteunende Vlaamse werkgroepen hebben tot doel de uitvoering van de respectievelijke Vlaamse bevolkingsonderzoeken inhoudelijk en organisatorisch op te volgen en te adviseren.

Tijdens het voortraject werd het voorlopige voorstel van preventiestrategieën en acties op meerdere momenten en verschillende manieren **getoetst** aan de visie van zowel personen uit de doelgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker als van de betrokken zorgaanbieders.

2.2 Wat is er tijdens dit voortraject gerealiseerd?

Als eerste stap in het voortraject werd de huidige situatie met betrekking tot baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker beschreven en geanalyseerd. Dit gebeurde ook voor de thema's die als gemeenschappelijk voor de drie bevolkingsonderzoeken werden geïdentificeerd. Deze **situatieschets, aangevuld met een sterkte-zwakteanalyse** (o.a. identificeren van knelpunten), werd in de vier werkgroepen besproken en mondde uit in losstaande teksten (bijlagen A-E van het conferentieboek) die de stand van zaken geven van preventie van baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker in Vlaanderen door het voorkomen en tijdig opsporen van de kanker, o.a. door het aanbieden van een bevolkingsonderzoek.

In maart 2013 werd, samen met de officiële aankondiging van de Gezondheidsconferentie, de **website** www.gezondheidsconferentie-kankeropsporing.be gelanceerd, die werd gekoppeld aan de bestaande website www.bevolkingsonderzoek.be om de zichtbaarheid en herkenbaarheid van de drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken te verhogen. De website van de Gezondheidsconferentie werd voorzien van **een forum** met 5 stellingen waarop schriftelijk kon gereageerd worden. Andere vormen van **toetsing tijdens het voortraject** bestonden uit een workshop tijdens de dag van de huisarts op 18 mei, drie openbare toetsingsmomenten in Gent, Antwerpen en Leuven in oktober en een onlinebevraging van burgers en professionelen in de periode september-december 2013. De verslagen van deze toetsingswijzen werden in één document bijeengebracht (bijlage F van het conferentieboek) en de conclusies werden meegenomen in het uiteindelijke actieplan.

In de aanloop naar de Gezondheidsconferentie werd een **overheidsopdracht** toegekend aan een onderzoeksteam van UGent en VUB **om gezondheidseconomische aspecten van de bevolkingsonderzoeken naar kanker te onderzoeken**. De opdracht bestaat uit volgende percelen: (1) een systematische review en kritische evaluatie van recente 'best evidence' kosteneffectiviteitsstudies van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker in Europa, (2) een gezondheidseconomische evaluatie van de tijdens het voortraject van de Gezondheidsconferentie voorgestelde preventiestrategieën en acties om deze strategieën te realiseren, met het oog op prioritering bij het organiseren van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker, (3) het uitwerken van een model om de efficiëntie van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker en de verschillende bijhorende preventiestrategieën uit de Gezondheidsconferentie op te volgen en te evalueren, en (4) het uitwerken van een passend financieringsmodel voor de organisatie van de Vlaamse bevolkingsonderzoeken. Het eerste perceel van deze opdracht is voltooid en een samenvatting ervan werd opgenomen als bijlage G van het conferentieboek.¹⁰

De resultaten van deze **systematische review van kosteneffectiviteitsstudies** geven aan dat voor de drie types van kanker de meeste van de geanalyseerde screeningsstrategieën kosteneffectief zijn. Bovendien tonen ze aan dat georganiseerd bevolkingsonderzoek naar kanker meer kosteneffectief is dan opportunistische screening (beide beschouwd ten opzichte van geen screening). De impact van specifieke determinanten op de kosteneffectiviteit moet echter ook in rekening gebracht worden: de kosteneffectiviteit van screeningsstrategieën in de opgenomen studies wordt vooral beïnvloed door de participatiegraad en de incidentie of prevalentie van kanker of letsels/infecties in een voorstadium van kanker. Ook de kost van de screeningstests wordt als een belangrijke beïnvloedende factor weergegeven, afhankelijk van procedures voor het waarborgen van kwaliteit, de concentratie van laboratoriumactiviteiten en arbeidskosten. Aangezien al deze variabelen verschillen tussen landen, kunnen de unieke eigenschappen van landen leiden tot een voorkeur voor andere primaire

screeningsinstrumenten.^{11,12} Bovendien beïnvloedt de participatiegraad niet enkel welke strategie kosteneffectief zal zijn, maar kan de keuze voor een screeningsstrategie en -test op zijn beurt de participatie van de mensen bepalen.¹³ Bijvoorbeeld, in een regio met lage participatiegraad kan het aanbieden van de minder invasieve stoelgangstest leiden tot een hogere participatie dan het aanbieden van de meer invasieve coloscopie.

Op basis van de bevindingen in de situatieschetsen van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar kanker werden een **hoofddoelstelling en subdoelstellingen** geformuleerd. Voor het aanpakken van de geïdentificeerde knelpunten en het realiseren van de doelstellingen werden vervolgens **mogelijke acties** voorgesteld. Deze laatste oefening resulteerde in het **actieplan 2014-2020** met preventiestrategieën en concrete acties (zie hoofdstuk 4). Tot slot zullen in het natraject van de Gezondheidsconferentie **de benodigde financiële middelen** voor de uitvoering van de preventiestrategieën en acties berekend en toegelicht worden (bijlage H van het conferentieboek).

Voor verdere details en uitgebreid verslag van de situatieschets, evaluatie van de drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker en de gezondheidseconomische evaluatie verwijzen we naar de bijlagen bij dit document. Deze bijlagen vormen de wetenschappelijke onderbouw voor de nieuwe gezondheidsdoelstelling en het actieplan en verwijzen waar mogelijk naar bestaande (internationale en Vlaamse) evidentie. Twee andere bijlagen van het conferentieboek zijn de evaluatie van het vorige actieplan 2006-2012 dat enkel betrekking had op het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (bijlage I) en een vergelijkende tabel met de voornaamste epidemiologische kenmerken van de drie kankers van het bevolkingsonderzoek (bijlage J).

Tabel 1: Overzicht van de bijlagen van het conferentieboek

Bijlage A	Goed bestuur - rapportering van de werkgroep
Bijlage B	Sensibilisering - rapportering van de werkgroep
Bijlage C	Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker - rapportering van de werkgroep
Bijlage D	Bevolkingsonderzoek naar borstkanker - rapportering van de werkgroep
Bijlage E	Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker - rapportering van de werkgroep
Bijlage F	Toetsingsverslag - verslag door HERA
Bijlage G	Resultaten van systematische review over kosteneffectiviteitsstudies - tussentijds rapport van UGent & VUB
Bijlage H	Middelenberekening van het actieplan - HERA & VAZG
Bijlage I	Evaluatie van het actieplan 2006-2012 voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker - VAZG, in samenwerking met betrokken actoren
Bijlage J	Synthesetabel van epidemiologische kenmerken van kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm - VAZG

2.3 Uitgangspunten en concepten gehanteerd in het voortraject

Bij het benoemen van thema's die moesten behandeld worden in het voortraject werden **de criteria**^h uit het onderzoek 'efficiëntieverhoging Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker' van 2012 als leidraad genomen:¹⁴

^h Bij het bestuderen van mogelijke efficiëntieverhoging spelen parameters zoals behaalde participatie- of detectiegraad een belangrijke rol, maar andere elementen zoals bijvoorbeeld de structurele organisatie van het bevolkingsonderzoek, de kwaliteitsbewaking tijdens het screeningsproces, of de uniforme aanpak tussen verschillende terreinorganisaties zijn ook van belang. Er werd in het onderzoek geopteerd om niet enkel de criteria die in 2005 m.b.t. de Vlaamse gezondheidsdoelstelling voor borstkankersporing geformuleerd werden te bekijken, maar ook criteria die aan efficiëntie gerelateerd zijn.

- [1] Kwaliteit: uniformiteit, doorlooptijd, tumorkenmerken, faalveiligheid;
- [2] Participatie(graad)ⁱ: bewustmaking, herkenbaarheid, toegankelijkheid, geïnformeerde keuze^k;
- [3] Goed bestuur: transparantie, taakverdeling, verantwoording, doelmatigheid, duurzaamheid.

De reikwijdte van het voortraject en van de Gezondheidsconferentie werd op een aantal domeinen ingeperkt. Het was niet mogelijk en ook niet het opzet om:

- het nut van het organiseren van de drie bevolkingsonderzoeken fundamenteel in vraag te stellen. Wel zouden op basis van alle beschikbare cijfers (Vlaams en internationaal) voldoende argumenten bijeengezocht worden om te motiveren waarom de bevolkingsonderzoeken belangrijk zijn.
- het effect van het organiseren van de bevolkingsonderzoeken op de (oorzaakspecifieke) mortaliteit in Vlaanderen aan te tonen. Uiteraard zouden de doelmatigheid van de organisatie en de voor- en nadelen van het bevolkingsonderzoek wel aan bod komen.
- oplossingen aan te reiken voor eventuele problemen m.b.t. de financiering en de kwaliteit van de nazorg (diagnostiek en behandeling) na een afwijkend screeningsresultaat, gezien dit voornamelijk een federale bevoegdheid betreft. Wel is ingegaan op de nood aan informatie vanuit de nazorg, om de bevolkingsonderzoeken te kunnen evalueren (bijvoorbeeld opvolging na screening op borstkanker of baarmoederhalskanker, coloscopieregister). Ook zouden, bijvoorbeeld vanuit patiëntenverenigingen, ziekenfondsen of niet-gouvernementele organisaties, problemen inzake financiering en kwaliteit van de nazorg worden geïnventariseerd.
- rekening te houden met de effecten van de HPV-vaccinatie op de organisatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

3. Organisatie van Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker

Bevolkingsonderzoek is, kort samengevat, *een georganiseerd aanbod van screening naar een ziekte of aandoening of naar risicofactoren, voorstadia of verwikkelingen ervan, bij één of meer personen uit een bepaalde doelgroep die geen symptomen hebben en zich niet ziek voelen*. De drie bevolkingsonderzoeken zijn gericht op personen met een gemiddeld risico en dus bijvoorbeeld niet op personen met een genetisch verhoogd risico op baarmoederhalskanker, borstkanker of dikkedarmkanker. Personen met dergelijk verhoogd risico wordt aangeraden hun behandelende arts te consulteren in plaats van deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

3.1 De organisatieketen in bevolkingsonderzoek

De organisatie van bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen verloopt volgens de organisatieketen zoals uitgetekend in de figuur hieronder en bestaat uit de volgende stappen: selectie en uitnodiging voor deelname → screeningstest/onderzoek → analyse → resultaatmededeling → doorverwijzing in geval van afwijkend screeningsresultaat of uitnodiging voor een vervolgronde in geval van niet-afwijkend screeningsresultaat. Deze **sequentiële stappen** vormen samen het traject dat elke persoon die deelneemt aan een Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker in principe doorloopt. Deze stappen, en huidige knelpunten, worden hieronder kort toegelicht voor het bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals (zie 3.4), de borst (zie 3.5) en de dikke darm (zie 3.6).

ⁱ Wellicht omvatten de opgesomde criteria niet alle aspecten van kwaliteit. Zo nodig aan te vullen (vb. gegevensregistratie en -uitwisseling tussen professionelen wordt voorlopig bij 'uniformiteit' ondergebracht).

^j De communicatieve aspecten zullen vooral onder deze cluster vallen (o.a. bewustmaking, herkenbaarheid, geïnformeerde keuze).

^k Voorlopig wordt ook de resultaatmededeling aan de deelnemers hieronder gerekend.

^l Mogelijk zijn de opgesomde criteria niet voor iedereen eenduidig en omvatten ze niet alle aspecten van goed bestuur (vb. monitoring en evaluatie vallen onder 'transparantie').

Figuur 1: Organisatieketen van bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen



Een essentiële fase voorafgaand aan dit traject is die van sensibilisering en informatieverbreiding, waarbij de personen uit de doelgroepen, de zorgverleners, en diverse organisaties geïnformeerd worden over het nut en de aanpak van bevolkingsonderzoeken naar kanker. De verbeterpunten op vlak van sensibilisering om de deelname aan de bevolkingsonderzoeken te vergroten, worden ook hieronder besproken (zie 3.7).

3.2 Kernfuncties

De verschillende actoren die betrokken zijn bij de drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker, kunnen functioneel als volgt worden ingedeeld:

- beleidsvoering (incl. wet- en regelgeving, financiering, erkenning van organisaties);
- uitvoering (van selectie en uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar kanker tot doorverwijzing);
- monitoring en evaluatie (inclusief kwaliteitstoezicht);
- maatschappelijke inbedding, informatieverbreiding en sensibilisering op populatieniveau.

Beleidsvoering: Wanneer de *Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* van oordeel is dat op basis van wetenschappelijke bewijsvoering een bevolkingsonderzoek naar kanker een verantwoorde manier is om gezondheidswinst voor de bevolking te verkrijgen, legt de minister een voorstel voor aan de *Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek*. Na advies van deze werkgroep initieert de minister het desbetreffende bevolkingsonderzoek en voorziet de nodige financiering voor de organisatie van dit bevolkingsonderzoek. De realisatie van de beleidsbeslissing om bevolkingsonderzoeken naar kanker te organiseren, gebeurt - onder de verantwoordelijkheid van de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid - door het *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*. Binnen het VAZG is het team Preventie in gezondheidsbevordering en ziektepreventie met het oog op gezondheidswinst op vlak van niet-overdraagbare aandoeningen, belast met de bevolkingsonderzoeken naar kanker. De minister moet daarnaast, in overeenstemming met de regelgeving over bevolkingsonderzoek, een *Vlaamse werkgroep* oprichten die de uitvoering en kwaliteit van dat bevolkingsonderzoek mee moet opvolgen.

Uitvoering van en medewerking aan de uitvoering van het bevolkingsonderzoek: De Vlaamse overheid doet, voor bepaalde uitvoeringstaken in de drie Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker, beroep op het *Centrum voor Kankeropsporing* (CvKO)^m en de *Stichting Kankerregister* (SKR). De SKR levert bijvoorbeeld exclusielijsten aan het CvKO zodat het Centrum niet de volledige doelgroep moet oproepen voor de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en dikkedarmkanker. In de toekomst zal dit ook mogelijk zijn voor borstkanker. Diverse andere actoren, zoals de artsen, spelen een actieve rol in de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken: *huisartsen* zijn belast met het motiveren en informeren van de doelgroep en het verder opvolgen van de deelnemers na een afwijkend screeningsresultaat; *gynaecologen*

^m Het CvKO heeft momenteel twee beheersovereenkomsten voor de bevolkingsonderzoeken: één in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en één voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker is er voor de twee komende jaren (2014-2015) ad hoc financiering voorzien voor de taken van het CvKO.

nemen een uitstrijkje en/of voeren vervolgonderzoek uit; *radiologen* staan in voor het nemen en lezen van de mammografie in de erkende mammografische eenheden; *anatomopathologen* en *klinisch biologen* analyseren de stalen in de laboratoria; en *gastro-enterologen* zijn betrokken bij eventueel vervolgonderzoek voor dikkedarmkankeropsporing.

Monitoring en evaluatie: De Vlaamse overheid staat in voor de kwaliteitsbewaking van het bevolkingsonderzoek in haar geheel. Het CvKO en de SKR bezorgen de overheid daartoe de nodige informatie, verkregen uit de registratie van bepaalde parameters en indicatoren. De *Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker*, de *Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker* en de *Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker* volgen elk de uitvoering en kwaliteitsbewaking van de specifieke bevolkingsonderzoeken mee op en adviseren de minister hieromtrent. Om de verschillende indicatoren te verzamelen en te interpreteren wordt overwogen om, in navolging van het *monitoringcomité*^a voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, ook voor de andere bevolkingsonderzoeken monitoringcomités op te richten. Een andere mogelijkheid zou zijn om het comité voor borstkanker uit te breiden voor de andere twee bevolkingsonderzoeken.¹⁵

Maatschappelijke inbedding en informatieverspreiding op populatieniveau: Algemene informatie en sensibilisering over de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker gebeurt voornamelijk door het CvKO, gebruik makend van de specifieke huisstijl ontwikkeld voor de Vlaamse bevolkingsonderzoeken. De *ziekenfondsen*, niet-gouvernementele organisaties (bijvoorbeeld: de *Stichting tegen Kanker*, de *Vlaamse Liga tegen Kanker*, *Think-Pink*, *Pink Ribbon*, *Stop Darmkanker*), *lokale besturen*, en *middenveld-, consumenten- en patiëntenorganisaties* zijn medeverantwoordelijk voor sensibilisering van de algemene bevolking en van de specifieke doelgroepen voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Ook de Logo's (organisaties voor loco-regionaal gezondheidsoverleg en organisatie) en het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie* (VIGeZ) spelen hierbij een rol.

3.3 Goed bestuur

‘Goed bestuur’ (ook wel ‘good governance’ genoemd) wordt gedefinieerd als *‘het waarborgen van de onderlinge samenhang van de wijze van sturen, beheersen en toezicht houden van een organisatie, gericht op een efficiënte en effectieve realisatie van beleidsdoelstellingen, alsmede het daarover op een open wijze communiceren en verantwoording afleggen ten behoeve van belanghebbenden’*.¹⁶ Toegepast op het Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm verwijst goed bestuur naar de manier waarop de publieke en (semi-) private instellingen belast met beleidsvoorbereiding en -formulering, financiering, planning, management en uitvoering, alsmede het houden van toezicht op kwaliteitsborging en voortgang, doelmatig op elkaar zijn afgestemd en functioneren. Goed bestuur betreft derhalve alle organisaties en actoren betrokken bij de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker.

De drie bevolkingsonderzoeken naar kanker bevinden zich elk in een andere ontwikkelingsfase. Er is, mede dankzij de start van twee nieuwe bevolkingsonderzoeken naar kanker, het afgelopen jaar veel geïnvesteerd in het optimaliseren van de organisatie en processen. De recente bestuurlijke inspanningen van het CvKO om te werken aan harmonisatie en eenvormigheid van procedures binnen de vijf afdelingen dragen bij tot de verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de bevolkingsonderzoeken. Het versturen van de screeningsresultaten voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is bijvoorbeeld sinds mei 2012 gecentraliseerd in het CvKO, wat kostenbesparend en efficiënter is. De tweede lezing van

^a Het monitoringcomité voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker bestaat uit vertegenwoordigers van het CvKO (die beschikken over epidemiologische kennis, kennis over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, medische kennis en kennis over Heracles), van het VAZG (vertegenwoordigd door de afdeling Informatie en Ondersteuning, team Gegevensverwerking en Resultaatopvolging, en de afdeling Preventie, Eerstelijns en Thuiszorg, team Preventie), het Intermutualistisch Agentschap en de SKR.

de mammografieën blijft echter nog per CvKO-afdeling gepland, onder andere omwille van de transporttijd van de (analoge) borstfoto's tussen de mammografische eenheden en de betrokken afdeling, de verplaatsingstijd en binding van tweede lezers met 'hun' afdeling, en de spreiding van het risico met betrekking tot het uitvallen van informaticasystemen. Het uitnodigen in het kader van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker gebeurt, net zoals voor borstkanker, eveneens centraal binnen het CvKO.

Behalve de interne reorganisaties moet het CvKO op korte termijn sleutelen aan de managementstructuur, met duidelijke afspraken over leiderschap, taakverdeling en verantwoordelijkheden, en aan de verdere uitbouw van het centrum met profielen die nu nog ontbreken (zoals o.a. voor sensibilisering en communicatie). Qua verantwoordelijkheden en taakverdeling moet het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid zijn rol op het gebied van regie, kwaliteitsbewaking en evaluatie verder versterken en moet het Centrum voor Kankeropsporing intern verder professionaliseren op een aantal domeinen, haar management versterken en haar werking verder structureren.

3.4 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

In Vlaanderen was er tot voor kort geen georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, maar werd er opportunistisch gescreend op baarmoederhalskanker op initiatief van de vrouw, de huisarts of de gynaecoloog. Vanaf 2001 tot eind 2012 kende de Vlaamse overheid jaarlijks een subsidie toe aan vier Vlaamse provincies voor het sensibiliseren in het kader van baarmoederhalskankeropsporing. Eind 2011 werd door het VAZG een overheidsopdracht gegund aan het CvKO met als opdracht de voorbereiding van de implementatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Deze inloophase, van december 2011 tot december 2012, was bedoeld om de volledige implementatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Vlaanderen vanaf 2013 organisatorisch voor te bereiden. Voor de periode 2013-2017 sloot het VAZG een beheersovereenkomst met het CvKO als organisatie met terreinwerking voor de uitvoering van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De SKR ontvangt voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2014 een subsidie voor een aantal opdrachten in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De specifieke taken van alle betrokken actoren in dit bevolkingsonderzoek staan opgelijst in bijlage C van het conferentieboek.



Selectie en uitnodiging: De doelgroep betreft alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar die in het Vlaamse Gewest verblijven. Ten aanzien van inwoners van het Brussels Gewest neemt de Vlaamse overheid geen initiatieven m.b.t. de screening naar baarmoederhalskanker. Omdat veel vrouwen zich reeds spontaan of op initiatief van hun arts naar baarmoederhalskanker laten screenen, richt het bevolkingsonderzoek zich op vrouwen die dit nog niet deden of waarvan het uitstrijkje langer dan drie jaar geleden gebeurde. Voor het opstellen van een uitsluitingslijst (d.i. een lijst met vrouwen uit de doelgroep die niet uitgenodigd moeten worden^o) wordt gebruik gemaakt van het cyto-histo-pathologieregister binnen de SKR, waarvoor de SKR drie keer per jaar gegevens opvraagt bij de laboratoria voor pathologische anatomie. Die gegevens worden door de SKR minimaal één keer per jaar aangevuld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van de ziekenfondsen. De uitsluitingslijsten worden door de SKR om de 3 maanden aan het CvKO bezorgd. Met een dergelijke planning is er een voorlopig evenwicht gevonden tussen een aanvaardbare werklast voor de betrokken laboratoria, de SKR en het CvKO en een zo actueel mogelijk uitnodigingsbestand. Dit

^o De criteria voor tijdelijke of permanente uitsluiting van vrouwen uit het doelgroepbestand betreft: vrouwen met baarmoederhalskanker of endometriumkanker, vrouwen die de laatste 3 jaar een uitstrijkje gekregen hebben, in opvolging zijn voor een afwijking aan de baarmoederhals, of een totale hysterectomie ondergingen.

uitnodigingsbestand kan verder worden aangevuld met gegevens verkregen van de vrouw (bijvoorbeeld weigering van deelname, e-mailadres) of haar behandelende arts, voornamelijk met het oog op een meer “persoonlijk” systeem voor het uitnodigen. Artsen kennen niet altijd de screenings- en HPV-vaccinatiestatus van de vrouw; deze via een e-toepassing beschikbaar maken zou daarom zeer nuttig zijn. Het optimaliseren van de gegevensregistratie en -uitwisseling om de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken te verbeteren, zodat zorgverstrekkers bijvoorbeeld vlot beschikken over de relevante screeningsgegevens, is één van de wensen van de zorgverstrekkers.

Screeningstest: In het kader van het huidige bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker wordt gescreend met een uitstrijkje als primaire screeningstest en HPV-test als triage voor ASC-US-resultaten. De Vlaamse en Belgische consensus voor een driejaarlijks uitstrijkje is in overeenstemming met de Europese aanbevelingen.^{17,18} Indien beslist wordt om in de toekomst HPV-screening primair toe te passen zal een stappenplan ontwikkeld worden om de omschakeling naar HPV-testen voor te bereiden. Er moet ook gezocht worden naar een manier om op een uniforme en systematische wijze de kwaliteit van de afgenomen stalen te bewaken, bijvoorbeeld door de staalfnemers en de beroepsgroepen of wetenschappelijke verenigingen feedback te geven over de kwaliteit van de uitstrijkjes en te remediëren waar nodig.

Analyse van de test: De analyse van het uitstrijkje gebeurt in het laboratorium waar de staalfnemer (huisarts of gynaecoloog) doorgaans mee samenwerkt. Ook hier moet gezocht worden naar een werkwijze om op een uniforme en systematische wijze de kwaliteit van de staalanalyse te bewaken, bijvoorbeeld door de laboratoria, de cytologen, de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen feedback te geven over de kwaliteit van de analyses en te remediëren waar nodig.

Resultaatsmededeling: De resultaatsmededeling aan de vrouw wordt overgelaten aan de arts die het uitstrijkje neemt. Van hem/haar wordt verwacht dat hij een formele afspraak maakt met betrekking tot het tijdstip en de wijze van de mededeling van de onderzoeksuitslag. Indien een herhalingsuitstrijkje, een ander bijkomend onderzoek of een verwijzing naar de gynaecoloog nodig is, wordt van de arts verwacht dat hij/zij zelf het nodige doet om dit met zijn patiënte af te spreken. Er wordt geen centrale resultaatsmededeling aan de deelnemende vrouw voorzien, omdat er momenteel onvoldoende gegevens zijn om te concluderen dat een centraal georganiseerde resultaatsmededeling meer kosteneffectief kan worden georganiseerd. Dit veronderstelt immers een snelle en dagelijkse aanlevering van de laboratoriumresultaten (in plaats van drie keer per jaar) naar een centraal orgaan dat instaat voor de resultaatsmededeling aan de deelnemers. Mogelijk brengt dit ook een toename van de gegevensstromen met zich mee van medische persoonsgebonden informatie (de organisatie die zou instaan voor de communicatie en uitnodiging moet dan kunnen beschikken over de resultaten van de onderzoeken, wat niet evident is op vlak van de privacy). Doordat er geen centrale resultaatsmededeling is - wat eigenlijk wel verwacht wordt in een bevolkingsonderzoek - is de doorlooptijd of wachttijd tussen de verschillende stappen van de organisatieketen moeilijk op te volgen en te evalueren. Ook is het moeilijk te evalueren hoe de resultaatsmededeling gebeurt en of dit adequaat gebeurt. Sommige artsen stellen aan de vrouw voor om het resultaat van het uitstrijkje telefonisch na te vragen, terwijl anderen afspreken dat er in geval van een niet-afwijkend resultaat geen mededeling volgt.

Heroproep of doorverwijzing: Na drie jaar worden de gescreende vrouwen die hiervoor in aanmerking komen, opnieuw aangeschreven voor het laten uitvoeren van een uitstrijkje. Bij eventuele tussentijdse klachten die kunnen wijzen op baarmoederhalskanker wordt van de vrouw verwacht dat ze haar arts consulteert. Bij een afwijkend screeningsresultaat is verder onderzoek aangewezen volgens de Europese aanbevelingen en het algoritme van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) en de Belgische Vereniging voor Klinische Cytologie: in geval van laaggradige letsels wordt het uitstrijkje na 6 maanden herhaald, in geval van hooggradige laesies wordt doorverwezen naar colposcopie.^{19,20,21,22} Er zijn nauwelijks gegevens bekend in verband met de kwaliteit van de opvolging van afwijkende

screeningsresultaten. De verdere opbouw van het cyto-histo-pathologieregister van de SKR is hiervoor noodzakelijk. Aan de hand van een aantal indicatoren zou dan de kwaliteit van o.a. diagnose en behandeling opgevolgd kunnen worden, wat ook de kwaliteit en faalveiligheid van het bevolkingsonderzoek ten goede zal komen. Bij een afwijkend screeningsresultaat dient de patiënt immers opgevolgd te worden, en wanneer dit niet of niet tijdig gebeurt, moet het faalveiligheidsmechanisme, waarbij nagegaan wordt of er opvolging plaats vond na een afwijkend screeningsresultaat, in werking treden. Hoewel de SKR hiervoor verantwoordelijk is, staat het faalveiligheidsmechanisme voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (zoals vastgelegd in de adviesvraag van 2011) nog niet volledig op punt doordat er nog geen uniforme richtlijnen voor opvolging van de afwijkende resultaten zijn.

Kosteneffectiviteit: De hierboven vermelde review (zie 2.2) stelde vast dat in de meeste kosteneffectiviteitsstudies over baarmoederhalskankerscreening de beginleeftijd voor de screening 30 jaar is. Vanaf deze leeftijd zijn cytologische screening (al dan niet met HPV-triage) of HPV-DNA-screening (al dan niet met cytologie triage) kosteneffectief in vergelijking met geen screening, onafhankelijk van de screeningsintervallen. Wel wordt aangetoond dat langere screeningsintervallen (van 5 tot 7 jaren) kunnen aangewend worden bij het screenen van gevaccineerde vrouwen. Wanneer de screening gestart wordt op 18-jarige leeftijd, is dit niet meer kosteneffectief ten opzichte van geen screening. Slechts enkele studies evalueren ook de kosteneffectiviteit van baarmoederhalskankerscreening vanaf 25 jaar, wat enkel kosteneffectief blijkt te zijn voor primaire cytologische screening.

3.5 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker

Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker ging officieel van start op 15 juni 2001. De bevindingen met betrekking tot de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker tegen 2012 (zie 1.3) zijn te vinden in de evaluatie van het actieplan 2006-2012 (bijlage I



van het conferentieboek). De participatiegraad blijft een heikel punt: hoewel de deelname toegenomen is met bijna 10%, van 41,7% in 2005-2006 tot 51,2% in 2011-2012, blijft deze ver onder het gewenste percentage van 75%. Het aantal gevonden invasieve kankers kleiner dan 1 centimeter bij vrouwen die zich een eerste keer aanbieden voor screening haalt de norm niet in 2012 (23,2%, licht onder de aanbevolen

norm van minstens 25%). Het aantal gevonden invasieve kankers kleiner dan 1 centimeter bij vrouwen met een vervolgscreening haalt de Europese norm van ten minste 30% wel. Het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen die een eerste screening ondergingen (5,4%) is sterk verminderd en benadert in 2012 bijna de wenselijkheidgraad van minder dan 5%. Dit in tegenstelling tot de beginperiode van het actieplan toen de aanvaardbare norm van minder dan 7% niet gehaald werd. Dit wijst op een positieve leercurve van zowel de eerste als de tweede lezers. Het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen die een vervolgscreening ondergingen (2,4%) is ook sterk verminderd, en zit in 2012 zelfs onder de wenselijkheidsnorm van minder dan 3%. In januari 2012 heeft de Vlaamse overheid voor een periode van 5 jaren twee beheersovereenkomsten voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker gesloten met het CvKO, één als partner- en één als terreinorganisatie. De SKR ontvangt voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2014 een subsidie voor een aantal opdrachten in het kader van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De specifieke taken van alle betrokken actoren in dit bevolkingsonderzoek staan opgelijst in bijlage D van het conferentieboek.

Selectie en uitnodiging: Met het bevolkingsonderzoek naar borstkanker biedt de Vlaamse overheid om de twee jaar een screeningsmammografie aan aan alle symptoomloze vrouwen van 50 tot en met 69 jaar die in het Vlaamse Gewest verblijven. De Vlaamse overheid subsidieert daarnaast, samen met andere overheden, de vzw Brumammo voor de borstkankerscreening voor inwoners van het Brussels Gewest.

Dit gebeurt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Specifiek aan het Vlaams bevolkingsonderzoek is dat de toegang van de vrouwen uit de doelgroep kan gebeuren via twee sporen. In het eerste spoor wordt de vrouw door haar huisarts of gynaecoloog verwezen voor een screeningsmammografie. Het tweede spoor bestaat er in dat de vrouw deelneemt via de uitnodigingsbrief die ze van het CvKO toegestuurd krijgt. De participatie via spoor 1 neemt geleidelijk af en bedroeg in 2011-2012 nog maar 3,2%. De uitnodigingsbrief van het CvKO geldt als voorschrift voor de gratis screeningsmammografie en bevat een voorstel van plaats, datum en uur om een screeningsmammografie te laten nemen in een erkende mammografische eenheid. De uitgenodigde vrouw kan de voorgestelde plaats, datum en uur van de afspraak laten wijzigen via de 0800-lijn van het CvKO of per email, (nog) niet via het internet.

Screeningstest: Het instrument om te screenen op borstkanker is de screeningsmammografie, genomen in een erkende mammografische eenheid op een daarvoor goedgekeurd toestel dat voldoet aan kwaliteitseisen, en gelezen door een radioloog. Mammografische eenheden, mammografietoestellen en radiologen moeten voldoen aan de kwaliteitsvereisten, gebaseerd op de EU-aanbevelingen. Zowel digitale als analoge screeningsmammografieën worden aanvaard in het Vlaams bevolkingsonderzoek. Een blijvend knelpunt van de mammografie zijn de ‘ongemakken’ bij de screening, zoals pijn bij het samendrukken van de borst, de röntgenstralingsdosis,... De toegankelijkheid tot het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is hoog mede dankzij het hoge aantal mammografische eenheden (171) verspreid over Vlaanderen en de bijkomende beschikbaarheid van mammobielen (3) om ingezet te worden in gebieden met geen of weinig erkende radiologische diensten. De vraag is of het relatief hoge aantal mammografische eenheden en radiologen in vergelijking met andere Europese landen efficiënt is, want de kwaliteitsbewaking (erkenning en controle) van de mammografische eenheden is omslachtig en arbeidsintensief. Zo moet elke mammografische eenheid die in het Vlaamse programma wenst in te stappen voldoen aan de vereiste kwaliteitsparameters, alvorens ze een erkenning krijgt. Door de soms lage hoeveelheden screeningsmammografieën per eenheid of radioloog is het moeilijk om de kwaliteitsparameters te halen.

Analyse van de test: Om de kwaliteit te garanderen is het bevolkingsonderzoek naar borstkanker zo maximaal mogelijk afgestemd op de laatste editie van de Europese aanbevelingen voor kwaliteitsgarantie bij screening en diagnose van borstkanker.²³ Essentieel daarbij zijn de fysisch-technische kwaliteitsvereisten voor de mammografische eenheden, de nauwkeurige registratie van alle gegevens met het oog op evaluatie en vooral het systeem van blinde dubbele lezing.²⁴ Als beide lezers van eenzelfde screeningsmammografie tot hetzelfde besluit komen, kan onmiddellijk een resultaatsmededeling gegenereerd worden. In het andere geval – bij discordantie – volgt een derde, onafhankelijke, lezing die beslissend is. In de nabije toekomst zal onderzocht worden of het mogelijk is om in geval van discordantie een consensuslezing tussen de eerste en de tweede lezer te organiseren, ter vervanging van de huidige derde lezing. Wat de eerste lezingen betreft, is er in Vlaanderen momenteel een beperkte uniformiteit omwille van het hoge aantal eerste lezers die niet allemaal het vereiste minimum van aantal lezingen behalen. Door de oprichting van een ‘pool’ van tweede lezers, wordt door het CvKO sinds 2012 gewerkt aan een uniforme beoordeling door alle tweede lezers (onder andere door bijkomende opleiding, herevaluatie van tweede lezingen, analyse van sets en vergelijking van de beoordeling van de verschillende lezers). Om de kwaliteit van de screening op te volgen, zijn er kwaliteitsparameters, zoals fysisch-technische kwaliteit van de apparatuur, radiologische kwaliteit, doorverwijzingspercentages, kankerdetectiegraad en positief predictieve waarde.²⁵ In 2012 vielen deze parameters binnen de Europese normen of weken ze niet ver af van de norm.²⁶

Resultaatsmededeling: Van zodra de resultaten van het opsporingsonderzoek bekend zijn, worden de vrouw en haar behandelende arts daarover schriftelijk geïnformeerd. Bij een afwijkend resultaat wordt de arts iets vroeger op de hoogte gebracht dan de vrouw zodat de arts de vrouw zelf kan verwittigen waardoor zij minder lang met haar vragen blijft zitten. De doorlooptijd tussen het moment van de screeningsmammografie en resultaatsmededeling is idealiter zo kort mogelijk: sinds 2012 wordt de

aanvaardbare norm van 21 kalenderdagen gehaald en streeft het CvKO naar een verdere verkorting van de doorlooptijd. Bij een afwijkend screeningsresultaat wordt verwacht dat de vrouw zich verder laat onderzoeken en worden, tenzij de vrouw dit weigert, de resultaten van de verdere opvolging opgevraagd en geregistreerd, wat nodig is voor de kwaliteitsbewaking van het bevolkingsonderzoek. Er zal worden nagegaan of het mogelijk is om dit op een administratief eenvoudiger manier te doen, bijvoorbeeld door koppeling van databestanden.

Heroproep of doorverwijzing: Bij een niet-afwijkend screeningsresultaat wordt van de vrouw verwacht dat zij na twee jaar opnieuw ingaat op de hernieuwde uitnodiging van het CvKO of zich laat screenen met een voorschrift van haar arts. Wanneer op basis van de dubbele lezing van de screeningsmammografie geconcludeerd wordt dat er een afwijkend resultaat is, zal de arts verder onderzoek voorschrijven. Voor de diagnose, behandeling en follow-up wordt verwezen naar de aanbevelingen betreffende de diagnostische oppuntstelling van bij screening gedetecteerde borstletsels (in 2005 opgesteld door de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker waarbij uitgegaan werd van de bestaande Europese aanbevelingen van EUSOMA en van de recente aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg).^{27,28,29} Een faalveilige organisatie van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is voorzien. Hiervoor kreeg de SKR de opdracht om, samen met het CvKO, te onderzoeken hoe follow-upgegevens na een afwijkend screeningsresultaat het efficiëntst verzameld en verwerkt kunnen worden, bijvoorbeeld via de Heracles-databank en de koppeling met het kankerregister. De SKR zelf vraagt voor het aanvullen van follow-upgegevens en de evaluatie van het bevolkingsonderzoek éénmaal per jaar gegevens met betrekking tot de borst op bij de laboratoria voor pathologische anatomie. Een systeem voor kwaliteitsbewaking van diagnose en behandeling is niet voorzien binnen het Vlaams bevolkingsonderzoek.

Kosteneffectiviteit: De hierboven vermelde review van kosteneffectiviteitsstudies (zie 2.2) toont aan dat voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker de tweejaarlijkse mammografische screening van vrouwen tussen de 50 en 69 jaar de meest kosteneffectieve strategie is. Sommige studies in de review geven verder aan dat het starten van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen jonger dan 50 jaar minder kosteneffectief is en daarom niet aanbevolen is. Dit bevestigt ook de bevindingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dat regelmatige borstkankeropsporing via een mammografie bij asymptomatische vrouwen tussen 40 en 49 jaar die niet tot een hoogrisicogroep behoren niet aangewezen is vanuit het standpunt van de ziekteverzekering, gezien het geringe mogelijke voordeel, het risico op negatieve effecten en de belangrijke graad van onzekerheid die nog bestaat rond de best beschikbare schattingen van de eventuele effecten van borstkankerscreening.³⁰

3.6 Het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker

In 2008 besliste de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om met behulp van een pilootproject de haalbaarheid te onderzoeken van een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Binnen het pilootproject werden personen tussen 50 en 74 jaar uitgenodigd in de gemeenten Schilde, Vosselaar en Borgerhout, middels twee uitnodigingsmethoden (per post en via de huisarts). De uitnodigingsmethode via de post leidde tot een hogere participatie, onder meer omdat het onderzoek via de iFOBT-test gemakkelijk uitvoerbaar is en de drempel om eerst bij de arts langs te moeten gaan niet aanwezig is. Op basis van de positieve ervaringen werd besloten dat het haalbaar is om een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen te organiseren en het CvKO bereidde, in het kader van een overheidsopdracht, de implementatie van het bevolkingsonderzoek voor.³¹ De Vlaamse overheid biedt sinds oktober 2013 dikkedarmkankeropsporing georganiseerd aan. Het CvKO wordt verder gesubsidieerd voor de organisatie van het bevolkingsonderzoek. Via overheidsopdrachten worden



de tests aangekocht en onderzocht in een laboratorium. De SKR ontvangt voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2014 een subsidie voor een aantal opdrachten in het kader van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. De specifieke taken van alle betrokken actoren in dit bevolkingsonderzoek staan opgelijst in bijlage E van het conferentieboek.

Selectie en uitnodiging: Het bevolkingsonderzoek wordt gefaseerd geïmplementeerd zodat tegen eind 2015 de doelgroep van mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar uitgenodigd zal zijn. In tegenstelling tot de Europese aanbeveling is de groep van 50 tot en met 55 jaar (nog) niet opgenomen in de doelgroep van het Vlaams bevolkingsonderzoek^p. Argumenten hiervoor zijn enerzijds het afwachten van een eerste evaluatie van het aantal deelnemers, performantie van de uitvoering van het bevolkingsonderzoek en de wachttijd voor vervolgonderzoek (i.c. coloscopieën), en anderzijds het onderzoeken van de budgettaire haalbaarheid van een uitbreiding van het bevolkingsonderzoek. Het uitnodigen van de doelgroep gebeurt door een brief per post, tezamen met de stoelgangstest en een folder met bijhorende uitleg. Als 8 weken na de eerste uitnodiging nog geen stoelgangstaal werd ingestuurd, wordt een herinneringsbrief gestuurd. Personen die een verwijdering van het volledige colon hebben ondergaan worden permanent uitgesloten van het bevolkingsonderzoek. Personen die dikkedarmkanker hebben of gehad hebben of die een coloscopie hebben laten uitvoeren worden niet uitgenodigd tot tien jaar na de laatste coloscopie (of tot tien jaar na de diagnose van dikkedarmkanker indien ze niet verder opgevolgd worden). Personen die recent een FOBT lieten uitvoeren worden pas uitgenodigd in het tweede jaar na de laatste FOBT. Het werken via nomenclatuurdata om tot definitieve en tijdelijke exclusies te komen is niet het meest ideale systeem omdat er fouten in de data kunnen zitten en er vertraging op de beschikbaarheid van de data zit. Een veiliger systeem baseert zich op informatie over de uitgevoerde coloscopieën die rechtstreeks doorgegeven wordt door de gastro-enteroloog, waarbij gegevens over de uitgevoerde coloscopie gekoppeld aan de identificatiegegevens van de persoon in een coloscopieregister terechtkomen. De gewenste inhoud van dit coloscopieregister wordt voorbereid door de SKR, onder andere in overleg met de gastro-enterologen en het VAZG.

Screeningstest: Deelname aan het bevolkingsonderzoek gebeurt door thuis een stoelgangstaal af te nemen met behulp van de afnameset. Op basis van de beschreven voordelen en testeigenschappen is de beslissing genomen om binnen het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker een kwantitatieve, geautomatiseerde iFOBT te gebruiken als screeningsinstrument. In internationale literatuur wordt een screeningsinterval van 2 jaar aanbevolen in geval van niet-afwijkende iFOBT en Vlaanderen volgt deze aanbeveling.

Analyse van de test: De test wordt vervolgens naar het laboratorium gestuurd dat verantwoordelijk is voor alle analyses van de stoelgangstesten in het kader van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Kwaliteitscontrole binnen dit laboratorium is contractueel bepaald. De afkapwaarde (hoeveelheid ng/ml) die men hanteert om de grens tussen een afwijkend en niet-afwijkend screeningsresultaat te bepalen, werd, op basis van de ervaringen in het pilootproject en Europese aanbevelingen, vastgelegd op 75 ng/ml. Indien na evaluatie van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker blijkt dat het doorverwijspercentage sterk verschilt van 5% kan beslist worden om de afkapwaarde hoger of lager te leggen.

Resultaatsmededeling: De iFOBT-resultaten worden door het CvKO gecentraliseerd in een register. Zowel de toegewezen arts als de deelnemer worden door het CvKO schriftelijk op de hoogte gebracht van het resultaat, maximaal 14 kalenderdagen na ontvangst van de stoelgangstaal. Een niet-afwijkend resultaat wordt gelijktijdig naar de deelnemer en de (huis)arts gestuurd. Een afwijkend resultaat wordt

^p Ook in Nederland start het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker vanaf 55 jaar.

enkele dagen eerder meegedeeld aan de (huis)arts dan aan de deelnemer, zodat deze eventueel zelf contact kan opnemen met de persoon.

Heroproep of doorverwijzing: De deelnemer met niet-afwijkend resultaat ontvangt twee jaar na de vorige deelnamedatum een nieuwe uitnodiging voor de vervolgronde. Aan de deelnemer bij wie een afwijkend resultaat vastgesteld wordt, zal aangeraden worden om een coloscopie te laten uitvoeren. Het beleid inzake uitvoering van coloscopieën is niet uniform in Vlaanderen en er bestaat tot op heden geen door de wetenschappelijke vereniging van gastro-enterologen ontwikkelde kwaliteitsstandaard met betrekking tot kwaliteit van de coloscopie, sedatie, e.d. Er zijn wel internationale normen (bijvoorbeeld die van Nederland) die kunnen worden overgenomen. Het beleid bij detectie van poliepen en adenomen ligt wel vast: indien de poliep of het adenoom zeer oppervlakkig gelegen is, worden deze bij voorkeur endoscopisch weggenomen. Voor de personen met een afwijkend resultaat is het belangrijk dat de vervolgonderzoeken (voornamelijk de coloscopieën) conform praktijkrichtlijnen gebeuren. De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker heeft daarom enkele stappen voorgesteld, zoals op lokaal vlak overleg tussen huisartsenkring en gastro-enterologen over verwijzprocedure en verslaggeving bij een positieve iFOBT en het samen met de LOK-groepen pakketten voorbereiden i.v.m. de follow-up en zorgpad in geval van een positieve FOBT. De resultaten van de vervolgonderzoeken moeten ook allemaal bij de uitnodigingsinstantie terechtkomen, o.a. voor het bewaken van de faalveiligheid. Het oprichten van een coloscopieregister met kwaliteitsindicatoren zou hiertoe eveneens een uiterst belangrijke bijdrage leveren.

Kosteneffectiviteit: Uit de kosteneffectiviteitsstudies over screening op dikkedarmkanker (zie review vermeld onder 2.2) blijkt dat, ongeacht de gescreende leeftijdsgroepen, een tweejaarlijkse of driejaarlijkse screening met de iFOBT-test meer kosteneffectief is dan een jaarlijkse iFOBT- of gFOBT-test of een tweejaarlijkse gFOBT test (in vergelijking met geen screening). De meest kosteneffectieve drempelwaarde voor hemoglobine is volgens deze studies 75-93 ng/ml, al is 50 ng/ml nog steeds kosteneffectief. Wat de participatie aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker betreft wordt bewezen dat informatie over het bevolkingsonderzoek via brief, vooraleer de uitnodiging wordt verstuurd, een kosteneffectieve manier is om de participatie te verhogen (in vergelijking met enkel een uitnodigingsbrief).

3.7 Participatie

Voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker dat Vlaanderen sinds 2001 organiseert bedraagt de **participatiegraad** voor de periode 2011-2012 51,2%, wat ver onder het gewenste percentage van 75% van de vorige gezondheidsdoelstelling i.v.m. bevolkingsonderzoek naar borstkanker ligt.³² Een gedeeltelijke verklaring voor de lage participatiegraad is dat een deel van de zogenaamde diagnostische mammografieën bij vrouwen in de doelgroep in feite voor screeningsdoeleinden wordt genomen. Die mammografieën worden niet als screeningsmammografieën geregistreerd en worden dus niet meegeteld in de participatiecijfers van het bevolkingsonderzoek. Voor de nieuwe bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en dikkedarmkanker wordt, voornamelijk omwille van redenen van kosteneffectiviteit, een participatiegraad van minstens 60% tegen 2020 vooropgesteld.

Omdat de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker niet aan de vooropgestelde verwachtingen voldoet, onderzoekt het CvKO momenteel de redenen voor uitval na een vals-positief resultaat. Ook plant het Centrum een vergelijking van de socio-economische profielen van deelnemers en niet-deelnemers om op basis van deze resultaten geschikte participatieverhogende interventies te implementeren.

Zowel opleiding als inkomen hebben een invloed op deelname aan screening: Laagopgeleide vrouwen en vrouwen in de laagste inkomensklasse participeren minder aan de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en borstkanker dan hoogopgeleiden of vrouwen met een hoog inkomen. Vrouwen met een diploma hoger

onderwijs laten dan weer vaker een mammografie via diagnostisch onderzoek nemen.^{33,34,35} *De participatiegraad verschilt ook vaak per gemeente en regio.* Een gedetailleerdere geografische analyse van de participatiegraad zou mogelijks bijkomende richtingswijzers met oog op participatieverhogende interventies kunnen opleveren.^{36,37} Omdat de participatiegraad van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker niet substantieel toenam, bestudeerden verschillende studies de afgelopen jaren de uitval en *niet-deelname* aan het bevolkingsonderzoek. Ze concludeerden dat de meest voorkomende redenen om niet deel te nemen persoonlijke overtuiging en voorkeur zijn (liever onderzoek op eigen initiatief of bij een arts van eigen keuze, een berustende houding tegenover preventie in de zin van “geen pijn en dus geen nood aan onderzoek”), praktische problemen (afstand/vervoer naar de mammografische eenheid, ziek op de dag van afspraak), onduidelijkheid over de kost van deelname, en angst- en/of schaamtegevoelens.^{38,39,40,41,42,43} Andere redenen voor niet-deelname zijn gerelateerd aan de culturele verschillen in het omgaan met ziekte en gezondheid, maar ook opportunistische screening is een belangrijke drempel tot deelname aan het bevolkingsonderzoek.

Slechts enkele studies brachten in kaart welke interventies in Vlaanderen het meest (kosten-)effectief zijn om de toegankelijkheid van bevolkingsonderzoeken te verbeteren en zodoende de participatiegraad binnen de verschillende sociodemografische groepen te verhogen.^{44,45,46} Er is echter meer systematisch onderzoek nodig naar de specifieke gedragsdeterminanten van subdoelgroepen in reactie op bepaalde interventies. Wel is er ondertussen consensus dat sociaal zwakkere doelgroepen met of zonder allochtone achtergrond best anders benaderd worden dan hoogopgeleide vrouwen die regelmatig via het diagnostisch circuit bij de gynaecoloog borst- of baarmoederhalskankeronderzoek laten uitvoeren, of vrouwen die nog nooit aan bevolkingsonderzoeken hebben deelgenomen omwille van andere overtuigingen, informatiebehoeftes en gezondheidsvaardigheden.^{47,48,49} Enkele Vlaamse sensibiliseringsinitiatieven, zoals bijvoorbeeld Mamma’Care in Antwerpen of de gezondheidssessies georganiseerd door de Limburgse Provinciale Dienst Gezondheid en Logo’s, proberen hieraan tegemoet te komen, maar de haalbaarheid om deze initiatieven meermaals te herhalen of op grote (d.i. Vlaamse) schaal uit te voeren lijkt beperkt wegens de financiële consequenties van deze initiatieven.^{50,51}

Over het algemeen zijn de burgers en gezondheidswerkers zich nog onvoldoende bewust van de doelen, de zinvolheid en de werkwijze van bevolkingsonderzoeken naar kanker, waardoor de bekendheid en acceptatie van bevolkingsonderzoeken beperkt blijft.

4. Gezondheidsdoelstelling

4.1 Hoofddoelstelling en subdoelstellingen

Bevolkingsonderzoeken naar kanker worden aanbevolen aangezien ze op populatieniveau gezondheidswinst realiseren, de performantie van de gezondheidszorg erdoor verbetert en een daling van kankersterfte bekomen wordt. Mortaliteitsreductie werd echter niet in de Vlaamse gezondheidsdoelstelling opgenomen omdat door de bevoegdheidsverdeling van de gezondheidszorg in België de gemeenschappen enkel bevoegd zijn voor het preventieve gezondheidsbeleid naar kanker. Een daling van de sterfte door baarmoederhals-, borst- of dikkedarmkanker is bijgevolg niet louter toe te wijzen aan het Vlaamse beleid en het effect van het beleid inzake bevolkingsonderzoek is daardoor moeilijk te meten met een indicator als mortaliteit. Het is echter aangewezen dat de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker de vereiste kwaliteitsbewaking en een zo hoog mogelijke participatiegraad binnen alle socio-economische klassen nastreven en dat personen uit de doelgroep, op basis van uniforme en begrijpbare informatie op maat, een keuze kunnen maken om al dan niet deel te nemen. De nieuwe gezondheidsdoelstelling 'bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm' houdt rekening met bovenstaande.

Tabel 2: Hoofddoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm

Hoofddoelstelling:

Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoeken, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen

Aan deze hoofddoelstelling worden vijf subdoelstellingen gekoppeld m.b.t. goed bestuur, participatie en kwaliteit van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker. Om de formulering van de hoofddoelstelling en subdoelstellingen zo 'smart'⁹ mogelijk te maken, werden ze elk aangevuld met indicatoren (en waar mogelijk streefdoelen) die continu opgevolgd worden om in 2020 te kunnen nagaan of de doelstellingen bereikt werden (zie hoofdstuk 4.4).

Tabel 3: Subdoelstellingen voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm

Subdoelstellingen:

1. GOED BESTUUR	De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gepland, uitgevoerd en opgevolgd op basis van de principes van transparantie, duidelijkheid in taken, verantwoording, efficiëntie en duurzaamheid
2. PARTICIPATIE	De doelgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn voldoende geïnformeerd om vrij te kunnen kiezen tot deelname en voldoende uitgenodigden nemen deel zodat de benutte middelen voor de bevolkingsonderzoeken efficiënt ingezet worden
3A. KWALITEIT - BVO NAAR BAARMOEDER- HALSKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt baarmoederhalskanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
3B. KWALITEIT - BVO NAAR BORSTKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt borstkanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
3C. KWALITEIT - BVO NAAR DIKKEDARM- KANKER	Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zoveel mogelijk mannen en vrouwen uit de doelgroep wordt dikkedarmkanker in een vroeger stadium ontdekt, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat

4.2 Preventiestrategieën

Bij een nieuwe gezondheidsdoelstelling worden eveneens de voorgestelde preventiestrategieën beschreven om de doelstelling te realiseren. De tabel hieronder geeft een overzicht van de preventiestrategieën per subdoelstelling. De preventiestrategieën voor de subdoelstellingen over goed bestuur en participatie zijn eerder "gemeenschappelijk" en overschrijden de aspecten die specifiek zijn voor de Vlaamse

⁹ Gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd volgens het 'SMART'-principe, m.a.w. ze zijn Specifiek, Meetbaar, Aanvaard(baar), Realistisch, Tijdsgebonden.

bevolkingsonderzoeken naar kanker. Voor de subdoelstelling over de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker werden telkens dezelfde preventiestrategieën gekozen.

Tabel 4: Preventiestrategieën voor bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm, per subdoelstelling

Subdoelstelling 1: Goed bestuur	Subdoelstelling 2: Participatie	Subdoelstelling 3 (A/B/C): Kwaliteit
1. De bevolkingsonderzoeken naar kanker planmatig organiseren, op periodieke en systematische wijze opvolgen, evalueren en bijsturen in een consultatief proces met betrokken actoren 2. De taken, verantwoordelijkheden en samenwerkingsafspraken tussen de verschillende actoren duidelijk omschrijven in regelgeving, overeenkomsten of aanbevelingen en publiek beschikbaar maken 3. De gegevensregistratie en -uitwisseling optimaliseren om de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken te verbeteren en om ze te kunnen monitoren en evalueren 4. De bevolkingsonderzoeken naar kanker organiseren volgens evidentie verkregen uit wetenschappelijk en operationeel onderzoek of goede praktijken	1. De maatschappelijke en individuele gedragenheden van de bevolkingsonderzoeken naar kanker verhogen door op maat van de (sub)doelgroepen betrouwbaar te informeren over de werkwijze bij en de voor- en nadelen van de bevolkingsonderzoeken en te sensibiliseren tot deelname 2. Gedragenheden van de bevolkingsonderzoeken bij zorgverstrekkers en andere intermediairen, zoals ziekenfondsen, verhogen opdat zij burgers goed kunnen informeren en begeleiden bij hun keuze 3. De financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid tot bevolkingsonderzoeken verbeteren 4. Mannen en vrouwen van de doelgroep die zich laten screenen buiten het bevolkingsonderzoek toeleiden naar het bevolkingsonderzoek en overscreening en screening zonder voldoende kwaliteitsgaranties tegengaan 5. Mensen met een verhoogd risico of met symptomen, al dan niet na een niet-afwijkend screeningsresultaat, informeren over en toeleiden naar passende zorg	1. Adequate doelgroepselectie en een performant uitnodigingssysteem realiseren 2. De kwaliteit van het screeningsinstrument en het gebruik ervan optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie 3. De kwaliteit van de analyse en beoordeling van het screeningsinstrument optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie 4. Accurate en tijdige resultaatsmededeling aan deelnemer en artsen realiseren 5. Deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat toeleiden naar passende behandeling en nazorg en relevante gegevens over nazorg verzamelen en ontsluiten (voor heroproep en evaluatie BVO) 6. Subgroepen met verhoogd risico waarvoor het bevolkingsonderzoek niet optimaal is, toeleiden naar passende zorg

4.3 Prioritaire acties

Binnen de preventiestrategieën werden prioritaire acties opgelijst. De realisatie ervan is nodig om de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker efficiënt en kosteneffectief te organiseren zodat ze bijdragen aan gezondheidswinst voor de Vlaamse bevolking. De randvoorwaarden die dienen vervuld te zijn werden ook als acties opgenomen.

4.4 Hoofd- en subdoelstellingen & indicatoren

LEESWIJZER

De nieuwe gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm wordt hieronder in tabel 5 voorgesteld: de gezondheidsdoelstelling bestaat uit een **hoofddoelstelling en vijf subdoelstellingen**, telkens aangevuld met indicatoren op basis waarvan de voortgang van de gezondheidsdoelstelling kan opgevolgd en bijgestuurd worden. De streefdoelen bij de indicatoren worden enkel vermeld als die vastliggen, bijvoorbeeld in de EU-aanbevelingen. Bij indicatoren zonder streefdoel zal een zo goed mogelijk resultaat worden nagestreefd. Evoluties in de tijd en vergelijking met andere regio's of landen geeft dan de richting aan. De formulering en berekeningswijze van de indicatoren zal nog worden verfijnd en aangepast in functie van nieuwe ontwikkelingen en meetbaarheid. Telkens sprake is van 'publicatie' of 'rapportering' in de doelstellingen of het actieplan wordt bedoeld: het ten minste openbaar maken op de website van hetzij het VAZG of van de bevolkingsonderzoeken.

De voorstellen voor de hoofd- en subdoelstellingen en voor het actieplan hieronder zullen ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Vlaamse Regering in het voorjaar 2014.

Tabel 5: Indicatoren voor opvolging van de gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm

Hoofddoelstelling	Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen
<i>Voorstellen voor indicatoren (met streefdoelen):</i>	▪ Participatiegraad (eerste ronde en vervolgrondes): ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker</u> is minstens 65% tegen 2020; ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar borstkanker</u> is minstens 75% tegen 2020; ○ Participatiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker</u> is minstens 60% tegen 2020; ○ Participatietrouw: aantal screenings bij personen die 6 jaar tot de doelgroep behoren benadert zo dicht mogelijk de optimale screeningsfrequentie; ▪ Algemene detectiegraad (eerste ronde en vervolgrondes, voor in situ en invasieve tumoren): ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker</u>; ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar borstkanker</u>: detectie van borstkanker bedraagt tijdens eerste ronde minstens 3 x de incidentiegraad en tijdens de vervolgronde minstens 1,5 x de incidentiegraad[†]; ○ Detectiegraad voor <u>bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker</u>;

[†] Norm voor detectie van borstkanker tijdens eerste ronde is minstens 3 x de incidentiegraad (dit is de achtergrondincidentie in afwezigheid van screening, deze is ongeveer gelijk aan 1,25 per 1000 vrouwen). Voor Vlaanderen is er geen betrouwbaar cijfer van de achtergrondincidentie van borstkanker beschikbaar en werd dat van Nederland bij start van het bevolkingsonderzoek gebruikt. In 2012 was de norm voor detectie van borstkanker bijgevolg 3,75 ontdekte tumoren per 1000 gescreende vrouwen. Voor detectie van borstkanker tijdens de vervolgronde is de norm bepaald als minstens 1,5 x de incidentiegraad, wat in 2012 neerkwam op 1,8 ontdekte tumoren per 1000 gescreende vrouwen.

	○ Aantal en percentage gedetecteerde maligniteiten per kankersoort, per stadium en substadium; ○ Stadiumverdeling van de opgekomen groep vergeleken met stadiumverdeling van diezelfde kanker in de niet-opgekomen groep en de niet-uitgenodigde groep; ▪ Per kankersoort intervalekankers en stadiumverdeling van de gedetecteerde maligniteiten; ▪ Kostprijs van bevolkingsonderzoek (zonder kosten na vaststellen van afwijkend screeningsresultaat), indien mogelijk per bevolkingsonderzoek: ○ Per uitgenodigde en per gescreende persoon; ○ Per screengedetecteerde kanker; ▪ <i>In opvolgingsrapporten zullen ook de volgende gegevens gepresenteerd worden:</i> ○ Per kankersoort incidentie per jaar en trends m.b.t. invasieve kankers; ▪ Per kankersoort mortaliteit per jaar en trends in stadiumverdeling (over de screeningsperiode).
Subdoelstelling 1: GOED BESTUUR	De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gepland, uitgevoerd en opgevolgd op basis van de principes van transparantie, duidelijkheid in taken, verantwoording, efficiëntie en duurzaamheid
Voorstellen voor indicatoren:	▪ Maatschappelijke verantwoording: ○ Publicatie ten laatste in oktober (X + 1) van een jaarverslag over de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker, met inbegrip van de indicatoren gerelateerd aan de acties voor dat jaar vergeleken met de voorgaande jaren; ○ Publicatie ten laatste in december (X – 1) door VAZG, in samenwerking met de betrokken actoren, van het jaarplan voor het CvKO, gebaseerd op het actieplan 2014-2020; ▪ Transparantieverhoging: ○ Jaarlijkse verantwoording door betrokken (en gesubsidieerde) actoren via jaar- en financiële verslagen aan VAZG; ○ Publicatie van overeenkomsten (overheidsopdrachten, beheersovereenkomsten, collectieve gezondheidsovereenkomsten), jaarplannen en verslagen van betrokken actoren op website; ▪ Efficiëntieverhoging: ○ Financieringsmodel voor organisatie van bevolkingsonderzoeken gevalideerd tegen oktober 2015; ○ Personele en financiële middelen door overheid afgestemd op gevalideerde financieringsmodel tegen januari 2016; ○ Periodieke financiële analyses om de inzet van de personele en financiële middelen voor bevolkingsonderzoeken naar kanker te evalueren en om bestuurlijke efficiëntie aan te tonen, minstens in 2019; ○ Publicatie van de financiële analyses en conclusies op de VAZG-website; ▪ Verduidelijking en toelichting bij taakverdeling en samenwerking tussen actoren: ○ Gedragen beleidsdocument met taakomschrijving van de regiefunctie van VAZG beschikbaar tegen oktober 2014; ○ Gedragen beleidsdocument met organogram en met taakomschrijvingen van CvKO, SKR, Domus Medica en Logo's en andere organisaties en zorgverstrekkers in het kader van bevolkingsonderzoek gepubliceerd tegen oktober 2014;

^s Hoewel deze indicatoren niet zuiver het effect van de bevolkingsonderzoeken naar kanker meten (aangezien ze het gevolg zijn van meerdere factoren waaronder preventie, curatie en zorg), zijn ze belangrijk om op te volgen en een idee te vormen van het effect van het preventieve en curatieve zorgbeleid op incidentie van kankers en mortaliteit ten gevolge van kanker.

	- Publicatie van gegevens over epidemiologische kenmerken van de kankers (o.a. incidentie, prevalentie, mortaliteit, overlevingskans) en indicatoren die proces en effecten van bevolkingsonderzoeken aantonen; - Publicatie van de geactualiseerde wetenschappelijke onderbouw van het beleid m.b.t. bevolkingsonderzoek naar kanker, o.a. door verwijzing naar relevante bronnen in jaarrapporten.
Subdoelstelling 2: PARTICIPATIE	De doelgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn voldoende geïnformeerd om vrij te kunnen kiezen tot deelname en voldoende uitgenodigden nemen deel zodat de benutte middelen voor de bevolkingsonderzoeken efficiënt ingezet worden
Voorstellen voor indicatoren:	- Participatiegraad per bevolkingsonderzoek, voor eerste ronde en vervolgrondes: zie hoofddoelstelling + subanalyses voor alle bevolkingsonderzoeken, o.a. geografisch en in functie van de socio-economische status; - Maatstaf voor overscreening in de doelgroepen: aantal mammografieën (screeningsmammografieën, en zogenaamd ‘diagnostische’ mammografieën afzonderlijk) per vrouw per screeningsinterval van 2 jaren, aantal uitstrijkjes per vrouw per screeningsinterval van 3 jaren, aantal iFOBT's per man/vrouw per screeningsinterval van 2 jaren; aantallen mogen per screeningsinterval niet meer dan 1 bedragen; - Rapportering over klachtenregistratie en periodieke klantenbevraging.
Subdoelstelling 3A: KWALITEIT - BVO NAAR BAARMOEDER- HALSKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt baarmoederhalskanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
Voorstellen voor indicatoren[†]:	- Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren is prognostisch gunstiger dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren (normen nader te bepalen); - Gemiddelde screeningsinterval tussen 2 oproepen bedraagt niet meer dan 36 maanden; - Kwaliteit van de screening (staalafname en beoordeling) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat - de technische herhalingsproportie (ten gevolge van niet-leesbare uitstrijkjes) zo laag mogelijk is; - de vals-positievenproportie zo laag mogelijk is; - de specificiteit en sensitiviteit minstens 80% is; - de positief voorspellende waarde zo hoog mogelijk is; - het aantal intervalekankers daalt; - Zo weinig mogelijk aanzetten tot overbodige medische interventies, d.w.z. dat de oproep-voor-opvolging volgens de richtlijnen gebeurt (d.i. HPV-bepaling i.g.v. ASC-US, colposcopie i.g.v. andere hooggradige letsels^u); - Faalveiligheid, d.w.z. dat indien aangewezen na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de vrouwen een vervolgonderzoek krijgen binnen de 6 weken.

[†] Als het primaire screeningsinstrument zou wijzigen van cytologisch onderzoek naar een HPV-test, kunnen bijhorende relevante indicatoren toegevoegd worden aan deze lijst.

^u Volgens de gegevens van de provincies Antwerpen en Limburg voor baarmoederhalsscreening (vóór 2012) werd 4 à 5% van de vrouwen die een uitstrijkje lieten nemen opgeroepen voor verdere opvolging. De eerste resultaten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker zullen afgewacht worden om normen te kunnen bepalen.

Subdoelstelling 3B: KWALITEIT - BVO NAAR BORSTKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt borstkanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
<i>Voorstellen voor indicatoren:</i>	▪ Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren prognostisch gunstiger is dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren, d.w.z. dat ○ het percentage invasieve tumoren t.o.v. het totaal aantal tumoren tijdens eerste en vervolgronde tussen 80 en 90% ligt; ○ de detectie van invasieve kankers van kleiner dan 1 centimeter bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening ten minste 35% is; ○ het percentage tumoren van stadium II of meer bij eerste screening minder dan 30% bedraagt en bij vervolgscreening minder dan 25%; ▪ Gemiddelde screeningsinterval tussen 2 oproepen bedraagt niet meer dan 26 maanden; ▪ Tijdige resultaatsmededeling, d.w.z. dat de doorlooptijd tussen screeningsmammografie en resultaatsmededeling aan de arts en gescreende vrouw voor minstens 90% van alle deelnemers maximaal 14 kalenderdagen bedraagt tegen 2020 (gewenste EU-norm);
<i>Voorstellen voor indicatoren:</i>	▪ Kwaliteit van de screening (mammografie en beoordeling samen) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat ○ de technische herhalingsproportie tegen 2020 minder dan 1% bedraagt (gewenste EU-norm); ○ de radiografisch goede kwaliteitsproportie minstens 85% bedraagt; ○ de vals-positievenproportie minder dan 7% van de gescreende vrouwen is; ○ de specificiteit en sensitiviteit minstens 85% is; ○ de positief voorspellende waarde zo hoog mogelijk is (geen norm); ○ de intervalkankerratio of de O/E-ratio^v tijdens het eerste jaar na een niet-afwijkende screening minder dan 30% bedraagt, en dat de O/E-ratio tijdens het tweede jaar na niet-afwijkende screening minder dan 50% bedraagt; ▪ Zo weinig mogelijk aanzetten tot overbodige medische interventies, d.w.z. dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer dan 5% bedraagt bij een eerste screening en niet meer dan 3% bij een vervolgscreening (gewenste EU-normen voor oproep-voor-opvolgingsproportie); ▪ Faalveiligheid, d.w.z. dat na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de vrouwen een vervolgonderzoek krijgen binnen de 21 kalenderdagen.

^v De intervalkankerratio of O/E-ratio is de verhouding van de geobserveerde intervalkankerincidentie (O) ten opzichte van de achtergrondincidentie (E) en duidt aan wat de verhouding is van het risico voor iemand die heeft deelgenomen aan de borstkankerscreening en voor wie de screening geen afwijkingen vertoonde ten opzichte van het risico in een situatie van volledige afwezigheid van screening. Dit percentage duidt dus niet op het percentage van intervalkankers, maar meet de performantie van de screening om borstkanker te detecteren. De Europese norm duidt aan dat de intervalkankerratio tijdens het eerste jaar na een screening waarbij geen afwijkingen werden gevonden minder dan 30% moet bedragen, wat betekent dat een vrouw die heeft deelgenomen aan de screening en het resultaat van deze screening vertoonde geen afwijkingen, gedurende dat jaar 70% minder kans heeft op de diagnose van borstkanker dan in een situatie waarin geen screening zou hebben plaatsgevonden. O (*observed*) = aantal intervalkankers per 10 000 negatieve screenings. E (*expected*) = aantal verwachte borstkankers in afwezigheid van screening = 38,8 borstkankers per 10.000 vrouwen (incidentie in Vlaanderen in 2000, inclusief in situ tumoren).

Subdoelstelling 3C: KWALITEIT - BVO NAAR DIKKEDARMKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zoveel mogelijk mannen en vrouwen uit de doelgroep wordt dikkedarmkanker in een vroeger stadium ontdekt, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat
<i>Voorstellen voor indicatoren:</i>	▪ Stadium van screeningsgedetecteerde tumoren is prognostisch gunstiger is dan van niet-screeningsgedetecteerde tumoren, d.w.z. dat het stadium van screeningsgedetecteerde kankers zo gunstig mogelijk is (geen EU-norm); ▪ Gemiddelde screeningsinterval tussen 2 oproepen bedraagt niet meer dan 26 maanden; ▪ Tijdige resultaatsmededeling, d.w.z. dat de doorlooptijd tussen screeningstest en resultaatsmededeling aan de arts en gescreende man/vrouw voor minstens 90% van alle deelnemers maximaal 14 kalenderdagen bedraagt tegen 2020 (aanvaardbare EU-norm); ▪ Kwaliteit van de screening (screeningstest en beoordeling) is zo hoog mogelijk, d.w.z. dat ○ de technische herhalingsproportie (ten gevolge van inadequate iFOB-testen) minder dan 3 % bedraagt (aanvaardbare EU-norm; gewenst: minder dan 1%); ○ het aantal testpositieve iFOBT's conform verwachtingen is ; ○ de vals-positievenproportie zo laag mogelijk is; ○ de specificiteit en sensitiviteit minstens 80% is; ○ de positief voorspellende waarde voor detectie van laesies, (geavanceerde) adenomen en kanker opgevolgd wordt; ○ het aantal intervalkankers daalt; ▪ Faalveiligheid, d.w.z. dat na een afwijkend screeningsresultaat in 2020 minstens 95% van de deelnemers een coloscopie krijgen binnen de 31 kalenderdagen (gewenste EU-norm); ▪ Kwaliteit van het vervolgonderzoek^w, d.w.z. dat ○ het percentage volledig uitgevoerde coloscopieën na een afwijkende FOBT minstens 90% bedraagt (aanvaardbare EU-norm); ○ het deel van de pathologie (van coloscopieën na verwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek) met als uitkomst 'hooggradige laesie' maximaal 10% bedraagt; ○ bij minstens 30% van de coloscopieën (meer dan) één adenoom gedetecteerd wordt (coloscopiedetectiegraad); ○ minstens 90% van de gedetecteerde poliepen tijdens de coloscopie verwijderd worden; ○ bij maximaal 0,3% van de coloscopieën een complicatie optreedt (opdelen naar type en ernst van de complicatie).

^w Voor de laatste vier indicatoren werden de streefcijfers van het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker gebruikt. Zie RIVM (2013). Bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker: Indicatorensset diagnostiek. April 2013.

4.5 Actieplan 2014-2020

LEESWIJZER

Verdere concretisering van de subdoelstellingen in **preventiestrategieën en acties** is te vinden in dit actieplan. **Tijdens het traject na de Gezondheidsconferentie van 14 december 2013 zal dit voorstel van actieplan verder aangepast worden.** Het actieplan 2014-2020 zal ook worden geactualiseerd tijdens de duur van de gezondheidsdoelstelling; zo kunnen acties worden toegevoegd of geconcretiseerd. Sommige acties in dit actieplan kunnen betrekking hebben op meer dan één subdoelstelling. Het actieplan is een dynamisch gegeven en de vast te leggen budgetten per actie zullen kaderen binnen de goedgekeurde begroting.

De acties werden aangevuld met **indicatoren en streefdata** die de komende jaren opgevolgd zullen worden en op basis waarvan kan bijgestuurd worden om de indicatoren gekoppeld aan de hoofd- en subdoelstellingen te behalen. Tijdens de uitvoeringsperiode 2014-2020 kunnen, in functie van maatschappelijke of wetenschappelijke evoluties of op basis van voortschrijdend inzicht, acties en indicatoren worden toegevoegd of geconcretiseerd. Bij de indicatoren wordt - als dit relevant en mogelijk is - een streefdatum of een frequentie vermeld. Als er geen streefdatum is vermeld betekent dit, naargelang de context, dat het een continue indicator is of dat het (nog) niet mogelijk is om een deadline vast te leggen. Vaak zijn de aangegeven indicatoren slechts gericht op de eerste fase van een actie. Indicatoren kunnen worden aangepast in functie van prioriteitstelling, nieuwe ontwikkelingen, meetbaarheid en verdere planning.

De prioritering van acties voor de periode 2014-2020 zal gebeuren in functie van beschikbare middelen en na bespreking in de Vlaamse werkgroepen.

Tabel 6: Indicatoren voor opvolging van actieplan voor bevolkingsonderzoek naar kanker van de baarmoederhals, borst en dikke darm

Referentie	Actie	Indicatoren
Subdoelstelling 1: GOED BESTUUR	De bevolkingsonderzoeken naar kanker worden gepland, uitgevoerd en opgevolgd op basis van de principes van transparantie, duidelijkheid in taken, verantwoording, efficiëntie en duurzaamheid en middels goed vastgelegde afspraken tussen betrokken actoren	
Preventiestrategie 1.1: Beleid	De bevolkingsonderzoeken naar kanker planmatig organiseren, op periodieke en systematische wijze opvolgen, evalueren en bijsturen in een consultatief proces met betrokken actoren	
Actie 1.1.1.	Het formuleren van doelstellingen (<i>wat</i> bereiken?) en strategieën (<i>hoe</i> bereiken?) waarbinnen acties (<i>concretisering van wat</i> er zal gebeuren) worden opgezet. De acties worden aan de hand van indicatoren gemeten, en waar nodig geactualiseerd.	Gezondheidsdoelstelling en actieplan goedgekeurd (J/N); door de Vlaamse regering tegen mei 2014, door het Vlaams parlement tegen december 2014
Actie 1.1.2.	Het voorzien van voldoende capaciteit (personele en financiële middelen) voor aansturing, uitvoering en evaluatie en deze afstemmen op de planning, de organisationele noden en de publiek beschikbare middelen. Er wordt maximaal gebruik gemaakt van mogelijke synergieën tussen de drie bevolkingsonderzoeken.	- Resultaten van de gezondheidseconomische evaluatie en financieringsmodel beschikbaar (J/N); februari 2015 - Personele en financiële middelen afgestemd op bovenstaande gezondheidseconomische evaluatie en financieringsmodel; januari 2016
Actie 1.1.3.	Het uitwerken van criteria en een werkwijze op basis waarvan de acties de komende jaren geprioriteerd worden.	- Criteria en werkwijze voor het prioriteren van acties beschikbaar (J/N); tegen eind 2013 - Criteria en werkwijze voor het prioriteren van acties toegepast (J/N)

Referentie	Actie	Indicatoren
Actie 1.1.4.	Het vooraf vastleggen en waar nodig actualiseren van de indicatoren bij de gezondheidsdoelstelling en hun berekeningswijze.	Basisindicatoren en hun berekeningswijze gekend (J/N); tegen eind 2013; geactualiseerd waar nodig
Actie 1.1.5.	Het monitoren en jaarlijks publiceren van de indicatoren voor de bevolkingsonderzoeken. Een monitoringcomité begeleidt dit proces en zorgt voor verdere afstemming met betrokken actoren en remediëring waar nodig.	Publicatie van de belangrijkste indicatoren (J/N); jaarlijks
Actie 1.1.6.	Op basis van gemeten resultaten de bevolkingsonderzoeken periodiek evalueren en bijsturen. Vlaamse werkgroepen worden betrokken bij die evaluatie en bijsturing.	Evaluaties en bijstellingen worden periodiek gepubliceerd (J/N ^x)
Actie 1.1.7.	Het afstemmen met het federale beleidsniveau met het oog op een efficiënt beleid. Dit gebeurt binnen het kader van de (werkgroepen van) de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC).	De voortgang van de afstemming wordt gerapporteerd aan de Vlaamse werkgroepen (J/N)
<i>Preventiestrategie 1.2: Taken en samenwerking</i>	<i>De taken, verantwoordelijkheden en samenwerkingsafspraken tussen de verschillende actoren duidelijk omschrijven in regelgeving, overeenkomsten of aanbevelingen en publiek beschikbaar stellen</i>	
Actie 1.2.1.	Het duidelijk omschrijven van de regiefunctie van het VAZG op vlak van beleidsvoorbereiding, -aansturing en -evaluatie.	Beleidsdocument met taakomschrijving en -invulling van de regiefunctie beschikbaar (J/N); oktober 2014
Actie 1.2.2.	Het vastleggen van de sleutelactoren voor de verschillende acties. Hun taken en verantwoordelijkheden worden omschreven, gepubliceerd en aangepast in functie van de evoluties in de bevolkingsonderzoeken: - o voor Vlaamse werkgroepen in regelgeving en een huishoudelijk reglement. Een werkgroep rond sensibilisering^y wordt opgericht; - o voor de verschillende zorgverstrekkers in regelgeving, overeenkomsten, aanbevelingen, of beleidsteksten; - o voor het Centrum voor Kankeropsporing in regelgeving, overeenkomsten of subsidiebesluiten; - o voor de Stichting Kankerregister in overeenkomsten of subsidiebesluiten; - o voor de Logo's in beleidsteksten. De taken worden geconcretiseerd in actiefocussen (operationele doelstellingen) en opgenomen in het uitwisselingsplatform CIRRO; - o voor andere organisaties (incl. NGO's) of diensten binnen of buiten de gezondheidszorg worden de taken in overleg bepaald en eventueel	▪ Specifieke werkgroepen opgericht, minimaal voor de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker en rond het overkoepelend thema 'sensibilisering' (J/N); juni 2014 ▪ Verslagen van de respectievelijke werkgroepvergaderingen beschikbaar (J/N) ▪ Voor Logo's: opname van actiefocussen in CIRRO (J/N); vanaf januari 2014 ▪ Sleutelactoren zijn vastgelegd (J/N); tegen oktober 2014 ▪ Publicatie van de taken (J/N); vanaf oktober 2014 ▪

^x Waar in het actieplan verwezen wordt naar de beschikbaarheid van een (stappen)plan of rapport, verwijst dat naar de geactualiseerde versie van dat plan of rapport, indien actualisatie relevant is.

^y Deze werkgroep zal zich focussen op de maatschappelijke gedragenheid van de bevolkingsonderzoeken, o.a. via sensibilisering en informatie.

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
	vastgelegd in subsidiebesluiten, overeenkomsten of collectieve gezondheidsovereenkomsten ^z .	
Actie 1.2.3.	Er wordt voor elk bevolkingsonderzoek een voor iedereen toegankelijk 'draaiboek' met o.a. taken, samenwerkingsvereisten en procedures opgemaakt, dat periodiek wordt geactualiseerd.	▪ Draaiboek BVO naar borstkanker beschikbaar (J/N); juni 2014 ▪ Draaiboeken BVO naar baarmoederhals- en dikkedarmkanker beschikbaar (J/N); februari 2015
Actie 1.2.4.	De realisatie van de taken door de actoren en de samenwerkingsverbanden wordt opgevolgd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.	Jaarverslagen van betrokken actoren beschikbaar en evaluatie ervan door VAZG (J/N); jaarlijks
Actie 1.2.5.	Een toegankelijke procedure voor klachten (o.a. klachtenformulier online en in mammografische eenheden beschikbaar) en een transparante en oplossingsgerichte klantenbejegening m.b.t. de bevolkingsonderzoeken naar kanker voorzien met het oog op kwaliteitsverbetering.	▪ Klachtenregister van CvKO beschikbaar (J/N) ▪ Klachtenregister van VAZG beschikbaar (J/N) ▪ Klachtenformulieren beschikbaar waar nodig (J/N) ▪ CvKO-jaarrapport (analyses van de klachten) (J/N); jaarlijks
<i>Preventiestrategie 1.3.: M&E</i>	<i>De gegevensregistratie en -uitwisseling optimaliseren om de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken te verbeteren en om ze te kunnen monitoren en evalueren</i>	
Actie 1.3.1.	Inventariseren van de problemen op vlak van gegevensregistratie en -uitwisseling die een goede uitvoering van bevolkingsonderzoeken in de weg staan.	Inventarisatie beschikbaar (J/N); januari 2015
Actie 1.3.2.	Op basis van de inventarisatie van de problemen op vlak van gegevensregistratie en -uitwisseling, wordt een stappenplan ontwikkeld met het oog op een efficiënte uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Dit stappenplan wordt gefaseerd uitgevoerd.	▪ Stappenplan beschikbaar (J/N); eind 2014 ▪ Voortgang realisatie stappenplan beschikbaar (J/N); vanaf 2015
Actie 1.3.3.	Zorgverstrekkers met een 'therapeutische' relatie met personen uit de doelgroep kunnen vlot beschikken over de relevante screeningsgegevens (datum van de laatste screening, datum van de volgende screening, waar mogelijk het screeningsresultaat en waar van toepassing, andere gegevens zoals HPV-vaccinatiestatus). Dit kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door actief deze gegevens op te vragen bij een databank of door aan de zorgverstrekker gecodeerde data toe te zenden die automatisch kunnen weggeschreven worden in een elektronisch medisch dossier.	▪ Invoering van aanpak; vanaf begin 2015 ▪ Actief opvragen is mogelijk (J/N); vanaf september 2015 ▪ Gecodeerde data doorsturen is mogelijk (J/N); vanaf juni 2016
Actie 1.3.4.	EMD-pakketten in staat stellen om screeningsgegevens van het Centrum voor Kankeropsporing en andere bronnen automatisch gecodeerd weg te schrijven, met het oog op het bieden van beslissingsondersteuning aan de zorgverstrekker.	▪ Data-integratie in EMD-pakketten mogelijk (J/N); september 2015 ▪ Data-integratie in EMD-pakketten gerealiseerd voor 2/3e van de EMD (J/N); september 2016

^z Collectieve gezondheidsovereenkomsten worden in het Vlaams preventiedecreet gedefinieerd: "Met zeer verscheiden maatschappelijke sectoren en niet-gouvernementele organisaties kan de Vlaamse overheid collectieve gezondheidsovereenkomsten sluiten. De sectoren of organisaties engageren zich daarbij om één of meer Vlaamse gezondheidsdoelstellingen of andere aspecten van het preventieve gezondheidsbeleid na te streven door haar leden of de doelgroep tot wie ze zich richt te informeren, te sensibiliseren en aan te zetten tot gezond gedrag."

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
Actie 1.3.5.	Personen uit de doelgroep en deelnemers wordt rechtstreekse toegang verleend tot de relevante screeningsgegevens (tenminste datum van de laatste screening, datum van de volgende screening, waar mogelijk het screeningsresultaat, en waar van toepassing, andere gegevens zoals HPV-vaccinatiestatus). De realisatie gebeurt gefaseerd in functie van de noden en de mogelijkheden.	Personen uit de doelgroep hebben via token of e-id toegang tot een minimale set aan screeningsdata (J/N); vanaf september 2015
<i>Preventiestrategie 1.4.: Onderzoek</i>	<i>De bevolkingsonderzoeken naar kanker organiseren volgens evidentie verkregen uit wetenschappelijk en operationeel onderzoek of goede praktijken</i>	
Actie 1.4.1.	Opvolgen van internationale trends, inventaris maken en bijhouden van bestaande studies en pilootprojecten over de drie bevolkingsonderzoeken en die toegankelijk maken voor de relevante actoren, onder andere - o inventariseren van interventies tot bevordering van de toegankelijkheid tot bevolkingsonderzoeken naar kanker; - o inventariseren van nieuwe trends m.b.t. bevolkingsonderzoeken naar kanker; - o Literatuurstudie over de gezondheidseconomische aspecten van bevolkingsonderzoek naar kanker.	▪ Inventarissen beschikbaar (J/N); tegen mei 2014 + actualisering om de twee jaar (J/N) ▪ Literatuurstudie over gezondheidseconomische aspecten beschikbaar (J/N); tegen februari 2014 (zie overheidsopdracht) + actualisering om de vier jaar (J/N)
Actie 1.4.2.	Inventariseren van onderwerpen voor onderzoek, zo nodig specifiek per bevolkingsonderzoek, die beleidsrelevant zijn voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker en de onderzoeken uitvoeren in functie van prioritering en beschikbare middelen. Mogelijke onderzoeksonderwerpen zijn: - o de efficiëntie van de in dit actieplan en later toegevoegde preventiestrategieën en acties met oog op prioritering om de gezondheidsdoelstelling te behalen; - o een passend financieringsmodel voor de bevolkingsonderzoeken; - o een model om de efficiëntie van de bevolkingsonderzoeken op te volgen en te evalueren; - o de beslissingsfactoren (drempels en bevorderende factoren) van personen uit de (sub)doelgroepen om al dan niet (regelmatig) deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken, en onderzoek naar geschikte informatie- en sensibiliseringskanalen (incl. communicatiemiddelen) om die factoren te beïnvloeden, met bijzondere aandacht naar personen met een lagere socio-economische status; - o op basis van internationale bevindingen nagaan of aanpassingen nodig zijn op vlak van de doelgroep of het screeningsinstrument (bv. meerwaarde van self-testinginstrument voor niet-deelnemers aan BVO naar baarmoederhalskanker, juiste toepassing van iFOBT); - o op welke wijze huisartsen een bijdrage kunnen leveren aan het motiveren van de doelgroep om deel te nemen en hen tijdig te informeren over	▪ Inventaris met criteria en procedure voor prioritering beschikbaar (J/N); vanaf september 2014 ▪ Onderzoeksresultaten over efficiëntie van actieplan 2014-2020 beschikbaar (J/N); augustus 2014 ▪ Onderzoeksresultaten over financieringsmodel beschikbaar (J/N); december 2014 ▪ Onderzoeksresultaten en evaluatiemodel beschikbaar (J/N); december 2014 ▪ Prioriteitslijst beschikbaar (J/N); vanaf juni 2015 ▪ Andere onderzoeksresultaten met conclusies (J/N)

Referentie	Actie	Indicatoren
	eventueel afwijkend screeningsresultaat, en welke tools zij hiervoor nodig hebben; - o geschikte alternatieve systemen en frequenties voor uitnodigingen en herinneringen, en dit mogelijk voor verschillende (sub)doelgroepen; - o aanpassen van intervalfrequenties tot uitnodiging voor personen die niet of onregelmatig deelnemen; - o risico's van een te hoog of te laag aantal uitvoerders bij de bevolkingsonderzoeken, het vastleggen van een optimaal aantal en de wijze waarop dit best gebeurt, o.a. m.b.t. het aantal laboratoria voor analyse van uitstrijkjes, het aantal mammografische eenheden (mobiele en vaste), het aantal tweede lezers van screeningsmammografieën, het centraliseren van de digitale screeningsmammografieën, het organiseren van consensuslezing i.g.v. bevolkingsonderzoek naar borstkanker, het aantal coloscopisten; - o geschikte alternatieve systemen voor de resultaatsmededeling (vb. SMS, e-mail, eHealthBox,...) en dit mogelijk voor verschillende (sub)doelgroepen van deelnemers.	
Subdoelstelling 2: PARTICIPATIE	De doelgroepen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn voldoende geïnformeerd om vrij te kunnen kiezen tot deelname en voldoende uitgenodigden nemen deel zodat de middelen voor de bevolkingsonderzoeken efficiënt benut worden	
Preventiestrategie 2.1.: Geïnformeerde keuze door burgers	De maatschappelijke en individuele gedragenheden van de bevolkingsonderzoeken naar kanker verhogen door op maat van de (sub)doelgroepen betrouwbaar te informeren over de werkwijze bij en de voor- en nadelen van de bevolkingsonderzoeken en te sensibiliseren tot deelname	
Actie 2.1.1.	Identificeren van organisaties die sensibiliseren en informeren over bevolkingsonderzoeken naar kanker en die, elk via eigen kanalen en netwerken, in de toekomst een eenduidige boodschap zullen verspreiden.	Oplijsting van organisaties betrokken bij sensibilisering m.b.t. bevolkingsonderzoek beschikbaar (J/N); april 2014
Actie 2.1.2.	Uitwerken, actualiseren en implementeren van een gedragen informatie- en sensibiliseringsplan (minimaal welke boodschap, voor wie, wanneer en via welke kanalen) dat duidelijke en uniforme informatie op maat van de verschillende (sub)doelgroepen aanbiedt, via verschillende kanalen en volgens een uniforme huisstijl.	▪ Informatie- en sensibiliseringsplan beschikbaar (J/N); oktober 2014 ▪ Klachten/observaties over inconsequente toepassing van de huisstijl registreren en remediëren (J/N)
Actie 2.1.3.	In de basisinformatie (folders, brieven, website) burgers en organisaties minimaal informeren over de motivatie voor de selectie van het screeningsinstrument en de leeftijdsgrenzen, de gevolgde werkwijze (waaronder de doorlooptijd), en de voor- en nadelen van de bevolkingsonderzoeken.	▪ Basisinformatie aangepast aan informatie- en sensibiliseringsplan en beschikbaar; januari 2015 ▪ Relevante communicatie- materialen beschikbaar (J/N); januari 2015
Actie 2.1.4.	Naast basisinformatie voor de doelgroepen en specifieke subdoelgroepen wordt verdiepende informatie via betrouwbare en toegankelijke bronnen aangeboden (waaronder www.bevolkingsonderzoek.be , CvKO-helpdesk,...).	Communicatiekanalen duidelijk vermeld in informatie- en sensibiliseringsplan en beschikbaar (J/N); oktober 2014

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
Actie 2.1.5.	Naast basisinformatie en verdiepende informatie voor de burger en de verschillende doelgroepen informatie over bevolkingsonderzoeken aanpassen voor specifieke subdoelgroepen: - o In geval van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker specifieke aandacht voor leeftijdsverschillen in de doelgroep; - o In geval van bevolkingsonderzoek naar borstkanker het voordeel van het bevolkingsonderzoek ten opzichte van screening d.m.v. een diagnostische mammografie uitleggen; - o In geval van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker specifieke aandacht voor het bereiken van de mannen uit de doelgroep.	Aangepast informatiemateriaal beschikbaar (J/N); januari 2015
Actie 2.1.6.	Zorgverstrekkers en andere intermediairen nemen het informeren over en het sensibiliseren tot deelname aan bevolkingsonderzoeken op in hun basiswerking (zie ook acties onder strategie 1.2.).	Engagementen ter zake zijn opgenomen in hun basistaken (J/N)
<i>Preventiestrategie 2.2.: Info zorgverstrekkers</i>	<i>Gedragenheid van de bevolkingsonderzoeken bij zorgverstrekkers^{aa} en andere intermediairen, zoals ziekenfondsen, verhogen opdat zij burgers goed kunnen informeren en begeleiden bij hun keuze</i>	
Actie 2.2.1.	Uitwerken, actualiseren en implementeren van een gedragen informatie- en sensibiliseringsplan dat duidelijke en uniforme informatie over de bevolkingsonderzoeken op maat van de betrokken zorgverstrekkers en andere intermediairen aanbiedt.	▪ Informatie- en sensibiliseringsplan beschikbaar (J/N); oktober 2014 ▪ Eventuele aanpassing van het communicatiemateriaal (o.a. folders, website, richtlijnen voor artsen) (J/N)
Actie 2.2.2.	Deskundigheidsbevorderende initiatieven nemen en ter beschikking stellen van methodieken aangepast aan de praktijkvoering van de zorgverstrekkers en aan de werking van andere intermediairen om hen in staat te stellen hun taken in het kader van bevolkingsonderzoek op te nemen.	Richtlijnen over deskundigheidsbevordering en methodieken beschikbaar (J/N); maart 2015
Actie 2.2.3.	Zorgverstrekkers en andere intermediairen informeren over en tijdig betrekken bij (loco)regionale informatie- en sensibiliseringacties gericht op de (sub)doelgroepen, met het oog op een maximale integratie van die acties in de praktijkvoering van de zorgverstrekkers en in de werking van andere intermediairen.	Richtlijnen over deskundigheidsbevordering en methodieken verspreid (J/N); juni 2015
Actie 2.2.4.	Zorgverstrekkers en andere intermediairen tijdig en passend informeren over de organisatie en over (pilotprojecten tot) wijzigingen in de organisatie van de bevolkingsonderzoeken.	Richtlijnen over organisatie van bevolkingsonderzoeken aangepast en verspreid (J/N); indien relevant
<i>Preventiestrategie 2.3.: Toegankelijkheid</i>	<i>De financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid tot bevolkingsonderzoeken verbeteren</i>	
Actie 2.3.1.	Onder andere op basis van onderzoek, initiatieven nemen voor het bevorderen van de financiële, geografische, socioculturele en informatieve	▪ Inventaris en prioritering van toegankelijkheidsbevorderende initiatieven beschikbaar (J/N)

^{aa} De term 'zorgverstrekkers' verwijst hier naar huisartsen, gynaecologen, gastro-enterologen, radiologen, en anatoompathologen.

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
	toegankelijkheid, in het bijzonder voor personen met een lagere socio-economische status (bv. door informatie aan te passen voor laagdrempelige, lokale initiatieven of door visuele voorstelling van informatie).	▪ Rapportering over voortgang van toegankelijkheid beschikbaar (J/N) ▪ Participatiegraad volgens socio-economische status (%); jaarlijks
<i>Preventiestrategie 2.4.: Niet-kwaliteitsvolle screening afbouwen</i>	<i>Mannen en vrouwen van de doelgroep die zich laten screenen buiten het bevolkingsonderzoek toeleiden naar het bevolkingsonderzoek en overscreening en screening zonder voldoende kwaliteitsgaranties tegengaan</i>	
Actie 2.4.1.	Overleggen met de federale overheid om de RIZIV-nomenclatuur en de organisatie van de gezondheidszorg optimaal af te stemmen op een doelmatig aanwenden van de beschikbare middelen op vlak van screening, diagnose, behandeling en nazorg (bv. nomenclatuur voor mammografieën voor vrouwen van 50-69 jaar, financiering van tweede lezers, garanderen dat bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gratis is voor deelnemers zonder betaling van supplementen).	▪ Inventaris van knelpunten beschikbaar (J/N); maart 2014 ▪ Rapportering over overleg aan Vlaamse werkgroepen (J/N) ▪ In kaart brengen en trendopvolging van screening op kanker en aanverwante onderzoeken door dezelfde leeftijdsgroep als de doelgroep en van screening buiten bevolkingsonderzoek (J/N)
Actie 2.4.2.	Overleggen, onder andere met de federale overheid, opdat zorgverstrekkers kwantitatieve en kwalitatieve feedback zouden krijgen over hun verstrekte prestaties met het oog op een zo doelmatig mogelijke screening, maar ook diagnose, behandeling en nazorg.	▪ Inventaris van relevante feedback beschikbaar (J/N); september 2014 ▪ Rapportering aan Vlaamse werkgroepen over voortgang (J/N)
Actie 2.4.3.	Overleggen, onder andere met de federale overheid, de ziekenfondsen en zorgverstrekkers, opdat zij naast feedback over de verstrekte prestaties ook andere initiatieven zouden nemen om screeningsinitiatieven die onvoldoende onderbouwd zijn tegen te gaan en het brede publiek te informeren over waardevol en minder zinvol bevolkingsonderzoek.	Rapportering over overleg aan Vl. werkgroepen (J/N)
<i>Preventiestrategie 2.5.: Toeleiden naar zorg</i>	<i>Mensen met een verhoogd risico of met symptomen, al dan niet na een niet-afwijkend screeningsresultaat, informeren over en toeleiden tot passende zorg</i>	
Actie 2.5.1.	Informeren van personen over de omstandigheden die wijzen op een verhoogd risico en hen adviseren een (huis)arts te raadplegen voor passende zorg.	▪ Informatie- en sensibiliseringsplan beschikbaar (J/N); oktober 2014 ▪ Basisinformatie aangevuld met factoren die wijzen op verhoogd risico (J/N); maart 2015 ▪ Richtlijnen over risicostratificatie en beslissingsboom beschikbaar (J/N); maart 2015
Actie 2.5.2.	Overleggen met de federale overheid opdat ze de nodige initiatieven zou nemen om de opvolging, diagnose, behandeling en nazorg van personen met een (sterk) verhoogd risico te bevorderen en toegankelijker te maken.	Rapportering aan Vlaamse werkgroepen over voortgang (J/N)
Actie 2.5.3.	Burgers, op basis van de Europese code tegen kanker, informeren over tekens die kunnen wijzen op kanker en over passende zorg die nodig is buiten het deelnemen aan bevolkingsonderzoek. Tegelijk worden boodschappen verspreid, o.a. m.b.t. leefstijl, om kanker te voorkomen.	Informatie- en sensibiliseringsplan beschikbaar (J/N); tegen oktober 2014
Actie 2.5.4.	Informeren van personen met symptomen na een niet-afwijkend screeningsresultaat om een arts te raadplegen voor passende zorg.	▪ Richtlijnen en beslissingsboom beschikbaar (J/N); maart 2015 ▪ Relevante communicatiemiddelen beschikbaar (J/N)

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
Subdoelstelling 3A: BVO NAAR BAARMOEDER- HALSKANKER	Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt baarmoederhalskanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat	
<i>Preventiestrategie 3A.1: Uitnodiging</i>	<i>Adequate doelgroepselectie en een performant uitnodigingssysteem realiseren</i>	
Actie 3A.1.1.	Gebruik maken van up-to-date doelgroepenbestand en exclusielijsten op basis van verschillende bronnen, zoals nazorggegevens na vorige screenings, kankerregister, cyto-histo-pathologieregister en ziekenfondsgegevens.	Update over evaluatie van exclusielijsten bezorgd aan Vlaamse werkgroep (J/N); jaarlijks
Actie 3A.1.2.	Laboratoria aanmoedigen om vanaf het moment dat het screeningsresultaat bekend is gebruik te maken van een gemeenschappelijk webgebaseerd registratiesysteem voor het uniform doorgeven van de gegevens aan het SKR.	Werkwijze voor labo's beschikbaar (J/N); vanaf januari 2015
Actie 3A.1.3.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere werkwijzen qua vorm (SMS, e-mail, eHealthBox...) of inhoud toepassen voor de uitnodiging of herinnering op maat van deelnemers, niet-deelnemers of onregelmatige deelnemers (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3A.1.4.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere intervalfrequenties tot uitnodiging toepassen voor personen die niet of onregelmatig deelnemen (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
<i>Preventiestrategie 3A.2: Onderzoek</i>	<i>De kwaliteit van het screeningsinstrument en het gebruik ervan optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3A.2.1.	Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor het nemen van uitstrijkjes vastleggen, actualiseren wanneer relevant en hierover communiceren.	Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3A.2.2.	Profielen opstellen van staalafnemers over de kwaliteit van de staalafname.	Jaarlijkse profiellijst beschikbaar (J/N); vanaf 2015
Actie 3A.2.3.	Regelmatig op uniforme wijze feedback geven aan de staalafnemers over de kwaliteit van de staalafname door de individuele resultaten te analyseren, te vergelijken met de profielen en deze resultaten toe te lichten.	Jaarlijkse feedback gegeven (J/N); vanaf 2015
Actie 3A.2.4.	Voorzien van een remediëringstraject (bv. <i>skills lab</i>) voor artsen die op basis van de kwaliteitsindicatoren niet goed presteren op vlak van staalafname.	Richtlijnen voor remediëringstraject beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3A.2.5.	Bij klachten over het toepassen van de regels inzake de RIZIV-nomenclatuur de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV inschakelen.	Rapportering aan Vlaamse werkgroep BVO naar baarmoederhalskanker over de klachten beschikbaar (J/N)
Actie 3A.2.6.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde kan hebben (bv. voor niet-deelnemende vrouwen), self-testinginstrumenten introduceren (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3A.2.7.	Stappenplan maken ter voorbereiding van de omschakeling van cytologietest naar HPV-screening als primair screeningsinstrument en dit conform de EU-aanbevelingen en in overleg met de federale overheid uitvoeren.	Inventarisatie met randvoorwaarden beschikbaar (J/N); januari 2015

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
<i>Preventiestrategie 3A.3: Analyse</i>	<i>De kwaliteit van de analyse en beoordeling van het screeningsinstrument optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3A.3.1.	Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor kwaliteitscontrole van staalanalyses van het uitstrijkje vastleggen, actualiseren wanneer relevant en hierover communiceren.	Richtlijnen beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3A.3.2.	Profielen opstellen van labo's (of anatoompathologen) over de kwaliteit van de staalanalyses.	Jaarlijkse profiellijst beschikbaar (J/N); vanaf 2015
Actie 3A.3.3.	Regelmatig op uniforme wijze feedback geven aan de laboratoria over de kwaliteit van de staalanalyse door de resultaten te analyseren, te vergelijken met de profielen en deze resultaten toe te lichten.	Jaarlijkse feedback gegeven (J/N); vanaf 2015
Actie 3A.3.4.	Voorzien van een remediëringstraject voor laboratoria die op basis van de kwaliteitsindicatoren niet goed presteren op vlak van kwaliteit van de staalanalyse.	Richtlijnen voor remediëringstraject beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3A.3.5.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, het hoge aantal labo's dat ingeschakeld wordt om uitstrijkjes te beoordelen optimaliseren (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3A.3.6.	Bij elke intervalkanker gebeurt een grondige analyse van het screenings- en diagnostisch proces en andere factoren met het oog op kwaliteitsverbetering van de screening, de diagnose en het bevolkingsonderzoek.	- Procedure voor analyse van intervalkankers beschikbaar (J/N); 2015 - Jaarlijkse rapportering over intervalkankers (J/N)
<i>Preventiestrategie 3A.4: Resultaatsmededeling</i>	<i>Accurate en tijdige resultaatsmededeling aan deelnemer en artsen realiseren</i>	
Actie 3A.4.1.	Onderzoeken hoe op uniforme (eventueel gecentraliseerde) manier het screeningsresultaat (zowel afwijkend als niet-afwijkend) adequaat en tijdig aan de deelnemende vrouw kan meegedeeld worden en hiervoor passende initiatieven nemen (zie ook actie 1.4.2.).	- Afspraken voor uniforme resultaatsmededeling beschikbaar (J/N); juni 2014 - Doorlooptijd van max. 14 kalenderdagen na screeningstest; voor minstens 75% van de vrouwen tegen 2020
<i>Preventiestrategie 3A.5 Nazorg</i>	<i>Deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat toeleiden tot passende behandeling en nazorg en relevante gegevens over nazorg verzamelen en ontsluiten (voor heroproep en evaluatie BVO)</i>	
Actie 3A.5.1.	Een adequaat faalveiligheidssysteem opzetten, monitoren en evalueren opdat zo veel mogelijk deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat (na)zorg krijgen.	Aantal personen dat na afwijkend screeningsresultaat opvolging heeft gekregen (n); jaarlijks
Actie 3A.5.2.	Richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging i.g.v. afwijkend screeningsresultaat (incl. doorlooptijden tussen verschillende stappen en info die aan de patiënt gegeven wordt) opmaken, evalueren en actualiseren en initiatieven nemen om zorgverstrekkers, in afstemming met hun wetenschappelijke verenigingen en de federale overheid, hierover te informeren.	- Geactualiseerde richtlijnen beschikbaar (J/N); januari 2015 - Communicatie over de geactualiseerde richtlijnen gebeurd (J/N); april 2015
Actie 3A.5.3.	Overleggen met de federale overheid opdat ze de nodige initiatieven zou nemen om de opvolging, diagnose, behandeling en nazorg van personen met een afwijkend screeningsresultaat te verbeteren op vlak van kwaliteit en toegankelijkheid.	Rapportering aan Vlaamse werkgroep BVO naar baarmoederhalskanker over voortgang (J/N)

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
<i>Preventiestrategie 3A.6: Verhoogd risico</i>	<i>Subgroepen met verhoogd risico waarvoor het bevolkingsonderzoek niet optimaal is, toeleiden naar passende zorg</i>	
Actie 3A.6.1.	Initiatieven nemen om een risicostratificatiesysteem voor zorgverstrekkers te verspreiden zodat bij personen die al dan niet vragen hebben over een verhoogd risico, adequaat een individuele risico-inschatting kan gemaakt worden. Wellicht is het aangewezen dat de wetenschappelijke verenigingen zoeken naar systemen die, bv. op basis van gegevens (vb. uit anamnese) in het EMD, automatisch elementen van verhoogd risico aangeven.	Richtlijnen en beslissingsboom beschikbaar (J/N); maart 2014
Actie 3A.6.2.	Initiatieven nemen om praktijkrichtlijnen voor opvolging en nazorg van personen met een verhoogd risico te ontwikkelen en te verspreiden bij zorgverstrekkers.	Praktijkrichtlijnen beschikbaar (J/N); juni 2014
<i>Subdoelstelling 3B: BVO NAAR BORSTKANKER</i>	Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zo veel mogelijk vrouwen uit de doelgroep wordt borstkanker in een vroeger stadium ontdekt, er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige medische interventies, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat	
<i>Preventiestrategie 3B.1: Uitnodiging</i>	<i>Adequate doelgroepselectie en een performant uitnodigingssysteem realiseren</i>	
Actie 3B.1.1.	Gebruik maken van up-to-date doelgroepenbestand en exclusielijsten op basis van verschillende bronnen, zoals nazorggegevens na vorige screenings, kankerregister, cyto-histo-pathologieregister en ziekenfondsgegevens.	Update over evaluatie van exclusielijsten bezorgd aan Vlaamse werkgroep (J/N); jaarlijks
Actie 3B.1.2.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere werkwijzen qua vorm (SMS, e-mail, eHealthBox...), frequentie (bij niet-deelname andere frequentie van uitnodigingen) of inhoud toepassen voor de uitnodiging of herinnering van de afspraak op maat van deelnemers, niet-deelnemers of onregelmatige deelnemers (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3B.1.3.	Deelnemers kunnen zelf een ander screeningsmoment of mammografische eenheid voorstellen via de 0800-lijn, e-mail, website en/of een online afsprakensysteem.	- Alle mogelijkheden voor afspraakwijzigingen functioneel (J/N); januari 2016 - Afmeldingen per mogelijkheid voor afspraakwijziging (n, %); jaarlijks
Actie 3B.1.4.	Personen uit de doelgroep op transparante en efficiënte manier toewijzen aan een mammografische eenheid.	- Criteria voor toewijzing houden o.a. rekening met afstand, capaciteit, ... (J/N); december 2014 - Werkwijze voor toewijzing is gepubliceerd (J/N); december 2014
<i>Preventiestrategie 3B.2: Onderzoek</i>	<i>De kwaliteit van het screeningsinstrument en het gebruik ervan optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3B.2.1.	Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor het uitvoeren van de screeningsmammografieën vastleggen, actualiseren wanneer relevant en hierover communiceren.	Richtlijnen en indicatoren beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3B.2.2.	Profielen opstellen van de uitvoerders van de screeningsmammografieën over de kwaliteit van de screeningsmammografieën.	Jaarlijkse profiellijst beschikbaar (J/N); vanaf 2015

Referentie	Actie	Indicatoren
Actie 3B.2.3.	Regelmatig op uniforme wijze feedback geven aan de uitvoerders van de screeningsmammografieën over de kwaliteit van de screeningsmammografieën door de individuele resultaten te analyseren, te vergelijken met de profielen en deze resultaten toe te lichten en ze anoniem publiek te maken.	▪ Jaarlijkse feedback gegeven (J/N); vanaf 2015 ▪ Publicatie van de geanonimiseerde resultaten op BVO-website (J/N); vanaf 2016
Actie 3B.2.4.	Voorzien van een remediëringstraject (bv. <i>skills lab</i>) voor uitvoerders van de screeningsmammografieën die op basis van de kwaliteitsindicatoren niet goed presteren op vlak van kwaliteit van de screeningsmammografieën.	Richtlijnen voor remediëringstraject beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3B.2.5.	Bij klachten over het toepassen van de regels inzake de RIZIV-nomenclatuur de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV inschakelen.	Rapportering aan Vlaamse werkgroep BVO naar borstkanker over de klachten beschikbaar (J/N); jaarlijks
Actie 3B.2.6.	Waar nodig aanpassen van het screeningsinstrument (in het bijzonder m.b.t. het gebruik van verschillende systemen, zowel analoog als digitaal, types, zowel CR als DR, en merken van toestellen) met het oog op optimale kwaliteit door o.a. beperkt stralingsrisico, aanvaardbaarheid voor de deelnemer (bv. drukgeleide borstcompressie) en efficiëntie.	Aanpassingen aan screeningsinstrument zijn gemotiveerd, opgenomen in het draaiboek en gecommuniceerd (J/N); in functie van de noden
Actie 3B.2.7.	Aan de hand van indicatoren (o.a. betreffende kwaliteit van de screeningsmammografieën) en van internationale bevindingen het optimale aantal mammografische eenheden en radiologen die screeningsmammografieën nemen bepalen, met het oog op een kwaliteitsvol bevolkingsonderzoek. Gepaste initiatieven nemen als blijkt dat dit aantal moet dalen.	▪ Het optimaal aantal radiologen die screeningsmammografieën nemen is onderzocht (J/N) ▪ Zo nodig, passende initiatieven genomen om het aantal eerste en tweede lezers te optimaliseren (J/N)
Actie 3B.2.8.	Initiatieven nemen voor een goede afstemming van het aanbod van screeningsmammografieën op de doelgroep, bijvoorbeeld op vlak van beschikbaarheid (wachttijden, buiten werktijden, voldoen de aangeboden 'slots'...), bereikbaarheid, spreiding van mammografische eenheden.	Afspraken over de afstemming van het aanbod op de noden zijn gepubliceerd (J/N); eind 2016
Actie 3B.2.9.	Initiatieven nemen voor correcte bejegening van vrouwen in de mammografische eenheden en minstens evenwaardige behandeling als andere klanten, bv. in verband met de wachttijden, de informatieverstrekking (een uniforme boodschap bij de afname van de borstfoto, o.a. over het bevolkingsonderzoek, mogelijke pijn bij het drukken van de borst, vals-positieve screeningsresultaten,...).	▪ Afspraken over bejegening in mammografische eenheden beschikbaar (J/N); eind 2014 ▪ Klachten over ongelijke bejegening (aantal); jaarlijks ▪ Rapportering over remediëring van de klachten (J/N)
Actie 3B.2.10.	Initiatieven nemen voor optimale kwaliteitscontrole door de fysisch-technische controleorganisaties (uniformisatie, tweejaarlijkse intercollegiale toetsing, externe kwaliteitscontrole).	▪ Richtlijnen voor fysisch-technische controleorganisaties aangepast en beschikbaar (J/N); juni 2015 ▪ Monitoring van fysisch-technische kwaliteitscontrole, van de vastgestelde knelpunten en van de genomen initiatieven (J/N); jaarlijks
Actie 3B.2.11.	Initiatieven nemen om het verloop van de deelnemers (bv. veranderen van mammografische eenheid, uitstroom) in kaart te brengen met het oog op het detecteren van problemen bij mammografische eenheden.	Rapportering beschikbaar (J/N); jaarlijks

Referentie	Actie	Indicatoren
Actie 3B.2.12.	De contractuele afspraken tussen het Centrum voor Kankeropsporing en mammografische eenheid zijn van die aard dat de kwaliteit (van het nemen) van de screeningsmammografie gegarandeerd is.	Aangepaste contracten tussen CvKO en ME's (J/N); juni 2015
<i>Preventiestrategie 3B.3: Analyse</i>	<i>De kwaliteit van de analyse en beoordeling van het screeningsinstrument optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3B.3.1.	Richtlijnen en kwaliteitsindicatoren voor het beoordelen van de screeningsmammografieën door eerste, tweede, derde lezers vastleggen, actualiseren wanneer relevant en hierover communiceren.	Richtlijnen voor het beoordelen van screeningsmammografieën beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3B.3.2.	Profielen opstellen van eerste en tweede lezers over de kwaliteit van de beoordelingen van de screeningsmammografieën, op basis van een sluitend systeem voor uniforme kwaliteitsopvolging (o.a. door jaarlijkse intercollegiale toetsing).	▪ Jaarlijkse profiellijst beschikbaar (o.a. over discordantiecijfers & intervalkankers) (J/N); vanaf 2015 ▪ Lijst van lezers die jaarlijkse intercollegiale toetsing gevolgd hebben (J/N); jaarlijks ▪ Systeem voor kwaliteitsopvolging is beschreven (J/N); januari 2015 ▪ Invoering systeem voor kwaliteitsopvolging (J/N); vanaf maart 2016^{bb}
Actie 3B.3.3.	Regelmatig op uniforme wijze feedback geven aan de eerste, tweede en derde lezers over de kwaliteit van de beoordeling van de screeningsmammografieën door de individuele resultaten te analyseren, te vergelijken met de profielen, deze resultaten toe te lichten en ze anoniem publiek te maken.	▪ Jaarlijkse feedback gegeven (J/N); vanaf 2015 ▪ Publicatie van de geanonimiseerde resultaten op BVO-website (J/N); vanaf 2016
Actie 3B.3.4.	Voorzien van een remediëringstraject (bv. <i>skills lab</i>) voor de eerste en tweede lezers die op basis van de kwaliteitsindicatoren niet goed presteren op vlak van kwaliteit van de beoordeling van de screeningsmammografieën.	Remediëringstraject beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3B.3.5.	Aan de hand van indicatoren (o.a. betreffende kwaliteit van de beoordeling van de screeningsmammografieën) het optimale aantal eerste en tweede lezers bepalen met het oog op een kwaliteitsvol bevolkingsonderzoek. Gepaste initiatieven nemen als blijkt dat dit aantal moet dalen.	▪ Het optimaal aantal eerste en tweede lezers is onderzocht (J/N) ▪ Zo nodig, passende initiatieven genomen om het aantal eerste en tweede lezers te optimaliseren (J/N)
Actie 3B.3.6.	Onderzoeken welke organisatorische ingrepen noodzakelijk zijn om in geval van discordantie tussen de eerste en tweede lezer een consensuslezing te organiseren, ter vervanging van de huidige derde lezing.	Onderzoeksresultaten met (re)organisatorische voorstellen beschikbaar (J/N)
Actie 3B.3.7.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, het centraliseren van alle digitale screeningsmammografieën, bv. om na te gaan of lezers de vorige screeningsmammografieën opvragen om te vergelijken, of om toetsing onder gelijken te bevorderen, of gemakkelijker trainingssets van screeningsmammografieën aan te leggen, of gemakkelijker retrospectief onderzoek te kunnen doen bij vaststellen van intervalkankers (zie actie 1.4.2).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)

^{bb} Hiervoor zullen minstens de volgende indicatoren opgevolgd worden: doorverwijzingspercentage van eerste ronde blijft < 5%; doorverwijzingspercentage van vervolgronde blijft < 3%; intervalkankerratio (O/E-ratio) binnen 0-11 maanden na niet-afwijkende screening < 30%; intervalkankerratio (O/E-ratio) binnen 12-23 maanden na niet-afwijkende screening < 50 %.

Referentie	Actie	Indicatoren
Actie 3B.3.8.	Initiatieven nemen voor een efficiënt en uniform (elektronisch) doorsturen van de dossiers (met inbegrip van screeningsmammografieën, <i>informed consents</i> en beoordelingen) van eerste naar tweede en derde lezers.	Aanpassingen aan Heracles doorgevoerd (J/N); januari 2015
Actie 3B.3.9.	Uitsluiten van mammografische eenheden of eerste, tweede of derde lezers bij, ook na remediëring, blijvende, kwaliteitsproblemen, bijvoorbeeld via de overeenkomst tussen het Centrum voor Kankeropsporing en de mammografische eenheid, of via de erkenningscriteria. ^{cc}	Rapportering over uitsluitingen (J/N); jaarlijks
Actie 3B.3.10.	De eerste, tweede en derde lezingen beter organiseren, met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de beoordelingen van de screeningsmammografieën en op het inkorten van de doorlooptijd (bijvoorbeeld door het poolen van de lezers, door intercollegiale toetsing of door het aanleggen en gebruiken van trainingssets van screeningsmammografieën).	Zie indicatoren (bv. doorlooptijd, technische oproepproportie, detectiegraad,...)
Actie 3B.3.11.	Bij elke intervalekanker gebeurt een grondige analyse van het screenings- en diagnostisch proces en andere factoren met het oog op kwaliteitsverbetering van de screening, de diagnose en het bevolkingsonderzoek.	▪ Procedure voor de analyse van intervalekankers beschikbaar (J/N); 2015 ▪ Jaarlijkse rapportering over intervalekankers (J/N)
<i>Preventiestrategie 3B.4: Resultaatsmededeling</i>	<i>Accurate en tijdige resultaatsmededeling aan deelnemer en artsen realiseren</i>	
Actie 3B.4.1.	Initiatieven nemen om de doorlooptijd tussen screeningstest en resultaatsmededeling te beperken tot 14 kalenderdagen.	Doorlooptijd van max. 14 kalenderdagen na screeningstest voor 90% van de vrouwen (J/N); tegen eind 2020
Actie 3B.4.2.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere wijzen van resultaatsmededeling qua vorm (SMS, e-mail, eHealthBox...) of inhoud (bv. in functie van eerdere screeningsresultaten, duidelijke boodschappen om angstinductie te vermijden) voor zowel de deelnemer als de arts toepassen (zie actie 1.4.2).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3B.4.3.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, een afwijkend screeningsresultaat op een andere, duidelijk herkenbare wijze meedelen aan de behandelende arts dan bij een niet-afwijkend screeningsresultaat, zodat de arts de deelnemer zelf sneller en efficiënter op de hoogte kan brengen (zie actie 1.4.2).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3B.4.4	Initiatieven nemen voor uniforme procedures voor resultaatsmededeling (bv. welk adres van arts, gedetailleerde resultaten) aan de door de deelnemer aangeduide arts.	Procedures beschikbaar in alle CvKO-afdelingen en alle ME's; voorjaar 2014
<i>Preventiestrategie 3B.5: Nazorg</i>	<i>Deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat toeleiden tot passende behandeling en nazorg en relevante gegevens over nazorg verzamelen en ontsluiten (voor heroproep en evaluatie van het bevolkingsonderzoek)</i>	

^{cc} Dit gebeurt op basis van contractuele afspraken tussen het Centrum voor Kankeropsporing en de mammografische eenheden of tweede en derde lezers of door intrekken van de erkenning van een mammografische eenheid.

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
Actie 3B.5.1.	Een adequaat faalveiligheidssysteem opzetten, monitoren en evalueren opdat zo veel mogelijk deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat (na)zorg krijgen.	Aantal personen dat na afwijkend screeningsresultaat opvolging heeft gekregen (n); jaarlijks
Actie 3B.5.2.	Richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging i.g.v. afwijkend screeningsresultaat (incl. doorlooptijden tussen de verschillende stappen en info die aan patiënt gegeven wordt) opmaken, evalueren en actualiseren en initiatieven nemen om zorgverstrekkers, in afstemming met hun wetenschappelijke verenigingen en de federale overheid, hierover te informeren.	- Geactualiseerde richtlijnen beschikbaar (J/N); januari 2015 - Communicatie over de geactualiseerde richtlijnen gebeurd (J/N); april 2015
Actie 3B.5.3.	Overleggen met de federale overheid opdat ze de nodige initiatieven zou nemen om de opvolging, diagnose, behandeling en nazorg van personen met een afwijkend screeningsresultaat te verbeteren op vlak van kwaliteit en toegankelijkheid.	Rapportering aan Vlaamse werkgroep BVO naar borstkanker over voortgang (J/N)
<i>Preventiestrategie 3B.6: Verhoogd risico</i>	<i>Subgroepen met verhoogd risico waarvoor het bevolkingsonderzoek niet optimaal is, toeleiden naar passende zorg</i>	
Actie 3B.6.1.	Initiatieven nemen om een risicostratificatiesysteem voor zorgverstrekkers te verspreiden zodat bij personen die al dan niet vragen hebben over een verhoogd risico, adequaat een individuele risico-inschatting kan gemaakt worden. Wellicht is het aangewezen dat de beroepsgroepen zoeken naar systemen die, bijvoorbeeld op basis van gegevens (bv. uit anamnese) in het elektronisch medisch dossier, automatisch elementen van verhoogd risico aangeven.	Richtlijnen en beslissingsboom beschikbaar (J/N); maart 2014
Actie 3B.6.2.	Initiatieven nemen om praktijkrichtlijnen voor opvolging en nazorg van personen met een verhoogd risico ontwikkelen en te verspreiden bij zorgverstrekkers.	Praktijkrichtlijnen beschikbaar (J/N); juni 2014
Actie 3B.6.3.	In de uitnodigingsbrief naar de doelgroep duidelijk communiceren over wat personen met verhoogd of gematigd risico best doen (bv. screening via BVO of naar huisarts) en hoe ze dit meedelen aan CvKO.	Uitnodigingsbrief is geëvalueerd en waar nodig aangepast (J/N); juni 2014
<i>Subdoelstelling 3C: BVO DIKKEDARM- KANKER</i>	Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker realiseert voor de deelnemers maximale voordelen en minimale nadelen, d.w.z. bij zoveel mogelijk mannen en vrouwen uit de doelgroep wordt dikkedarmkanker in een vroeger stadium ontdekt, het resultaat wordt tijdig meegedeeld en er vindt passend vervolgonderzoek plaats in geval van afwijkend resultaat	
<i>Preventiestrategie 3C.1: Uitnodiging</i>	<i>Adequate doelgroepselectie en een performant uitnodigingssysteem realiseren</i>	
Actie 3C.1.1.	Gebruik maken van up-to-date doelgroepenbestand en exclusielijsten op basis van diverse bronnen, zoals nazorggegevens na vorige screenings, kankerregister, cyto-histo-pathologieregister en ziekenfondsgegevens.	Evaluatie van exclusielijsten bezorgd aan Vlaamse werkgroep (J/N); jaarlijks

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
Actie 3C.1.2.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere werkwijzen qua vorm (SMS, e-mail, eHealthBox...) of inhoud toepassen voor de uitnodiging of herinnering op maat van deelnemers, niet-deelnemers of onregelmatige deelnemers (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3C.1.3.	Het evalueren van de haalbaarheid om de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek uit te breiden met 50-55 jarigen.	Analyse van de (organisatorische en budgettaire) haalbaarheid van uitbreiding van de doelgroep beschikbaar (J/N); najaar 2015
<u>Preventiestrategie 3C.2:</u> Onderzoek	<i>De kwaliteit van het screeningsinstrument en het gebruik ervan optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3C.2.1.	Onderzoeken of de doelgroep het screeningsinstrument juist toepast, ten minste op basis van vragen en klachten van gebruikers en van een monitoring van stalen die niet kunnen onderzocht worden, en waar nodig initiatieven nemen om de toepassing te verbeteren.	- Monitoring van vragen, klachten en niet te onderzoeken stalen en verder onderzoek hieromtrent (J/N) - Inventaris van maatregelen beschikbaar (J/N)
Actie 3C.2.2.	Opvolgen van de consequenties van de keuze van de afkapwaarde (hoeveelheid ng/ml) op vlak van o.a. positiviteitsratio en belasting van het gezondheidszorgsysteem, om de grens tussen een afwijkend en niet-afwijkend screeningsresultaat van de iFOBT als nodig aan te passen.	Monitoring van de positiviteitsratio en de gevolgen ervan beschikbaar (J/N)
<u>Preventiestrategie 3C.3:</u> Analyse	<i>De kwaliteit van de analyse en beoordeling van het screeningsinstrument optimaliseren op basis van onderzoek, monitoring en evaluatie</i>	
Actie 3C.3.1.	Opvolgen van de interne en externe kwaliteitscontrole van het laboratorium.	- Rapportering over interne en externe kwaliteitscontrole (J/N) - Afgesproken streefdoelen voor kwaliteitsindicatoren worden gehaald (aantal, %); jaarlijks
Actie 3C.3.2.	Bij elke intervalekanker gebeurt een grondige analyse van het screenings- en diagnostisch proces en andere factoren met het oog op kwaliteitsverbetering van de screening, de diagnose en het bevolkingsonderzoek.	- Procedure voor de analyse van intervalekankers beschikbaar (J/N); tegen 2017 - Jaarlijkse rapportering over intervalekankers (J/N); vanaf 2017
<u>Preventiestrategie 3C.4:</u> Resultaatsmededeling	<i>Accurate en tijdige resultaatsmededeling aan deelnemer en artsen realiseren</i>	
Actie 3C.4.1.	Initiatieven nemen om de doorlooptijd tussen ontvangst van het staal in het labo en de resultaatsmededeling te beperken tot 14 kalenderdagen.	Doorlooptijd van maximaal 14 kalenderdagen na screeningstest voor 90% van de deelnemers (J/N); tegen eind 2020
Actie 3C.4.2.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, andere wijzen van resultaatsmededeling qua vorm (SMS, e-mail, eHealthBox...) of inhoud (bv. in functie van eerdere screeningsresultaten, duidelijke boodschappen om angstinductie te vermijden) voor zowel de deelnemer als de arts toepassen (zie ook actie 1.4.2.).	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)
Actie 3C.4.3.	Als uit onderzoek blijkt dat dit een meerwaarde heeft, een afwijkend screeningsresultaat op een andere, duidelijk herkenbare wijze meedelen aan de behandelende arts dan bij een niet-afwijkend screeningsresultaat, zodat de	Onderzoeksresultaten met conclusies beschikbaar (J/N)

<i>Referentie</i>	<i>Actie</i>	<i>Indicatoren</i>
	arts de deelnemer zelf, sneller en efficiënter op de hoogte kan brengen (zie ook actie 1.4.2).	
Actie 3C.4.4.	Initiatieven nemen voor uniforme procedures voor resultaatsmededeling (bv. welk adres van arts, gedetailleerde resultaten,...) aan de door de deelnemer aangeduide arts.	Procedures beschikbaar in alle CvKO-afdelingen; voorjaar 2014
<i>Preventiestrategie 3C.5: Nazorg</i>	<i>Deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat toeleiden tot passende behandeling en nazorg en relevante gegevens over nazorg verzamelen en ontsluiten (voor heroproep en evaluatie BVO)</i>	
Actie 3C.5.1.	Vastleggen van kwaliteitscriteria voor coloscopieën gebaseerd op o.a. de criteria van het bevolkingsonderzoek in Nederland en die communiceren aan de gastro-enterologen.	▪ Richtlijnen voor kwaliteit beschikbaar (J/N); oktober 2014 ▪ Gastro-enterologen geïnformeerd over de kwaliteitscriteria (J/N); december 2014
Actie 3C.5.2.	Gefaseerd uitwerken en invoeren van een coloscopieregister.	▪ Indicatoren in functie van resultaten van de studie over coloscopieregister beschikbaar stellen (J/N); december 2014 ▪ Coloscopieregister gefaseerd operationeel (J/N); vanaf 2015
Actie 3C.5.3.	Opvolgen van de kwaliteit van de coloscopieën, hierover rapporteren, feedback geven aan de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen, en initiatieven nemen om de kwaliteit te verbeteren.	Eerste resultaten op basis van coloscopieregister beschikbaar (J/N); in 2016
Actie 3C.5.4.	Een adequaat faalveiligheidssysteem opzetten, monitoren en evalueren opdat zo veel mogelijk deelnemers met een afwijkend screeningsresultaat (na)zorg krijgen.	Aantal personen dat na afwijkend screeningsresultaat opvolging heeft gekregen (n); jaarlijks
Actie 3C.5.5.	Overleggen met de federale overheid opdat ze de nodige initiatieven zou nemen om de opvolging, diagnose, behandeling en nazorg van personen met een afwijkend screeningsresultaat te verbeteren op vlak van kwaliteit en toegankelijkheid.	Rapportering aan Vlaamse werkgroep BVO naar dikkedarmkanker over voortgang (J/N)
<i>Preventiestrategie 3C.6: Verhoogd risico</i>	<i>Subgroepen met verhoogd risico waarvoor het bevolkingsonderzoek niet optimaal is, toeleiden naar passende zorg</i>	
Actie 3C.6.1.	Initiatieven nemen om een risicostratificatiesysteem voor zorgverstrekkers te verspreiden zodat bij personen die al dan niet vragen hebben over een verhoogd risico, adequaat een individuele risico-inschatting kan gemaakt worden. Wellicht is het aangewezen dat de beroepsgroepen zoeken naar systemen die, bijvoorbeeld op basis van gegevens (vb. uit anamnese) in het EMD, automatisch elementen van verhoogd risico aangeven.	Beslissingsboom beschikbaar (J/N); maart 2014
Actie 3C.6.2.	Initiatieven nemen om praktijkrichtlijnen voor opvolging en nazorg van personen met een verhoogd risico op dikkedarmkanker te ontwikkelen en te verspreiden bij zorgverstrekkers.	Praktijkrichtlijnen beschikbaar (J/N); eind 2014
Actie 3C.6.3.	In de uitnodigingsbrief naar de doelgroep duidelijk communiceren over wat personen met verhoogd of gematigd risico best doen (bv. screening via BVO of naar huisarts) en hoe ze dit meedelen aan CvKO.	Uitnodigingsbrief is geëvalueerd en waar nodig aangepast (J/N); juni 2014

Referenties

- ¹ Vlaamse Regering (2003). *Decreet van 21 november 2003 betreffende preventieve gezondheidszorg*. Online: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Regelgeving/Regelgeving-preventieve-gezondheidszorg/#preventiedecreet>.
- ² Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). *Advies Nr 11-05, 10 juni 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. Online: voor de adviesvraag http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20BKO%20adviesvraag%2020110621%20def.pdf en voor het advies 11-05.
- ³ Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). *Advies Nr 11-04, 10 juni 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker*. Online: voor de adviesvraag http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20BHK%20adviesvraag%2020110709%20def.pdf en voor het advies 11-04 http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20WG%20advies%2020110610%20BVO%20BHK.pdf.
- ⁴ Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek (2011). *Advies Nr 11-03, 5 mei 2011: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker*. Online: voor de adviesvraag http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/Adviesvraag%20Vlaams%20bevolkingsonderzoek%20naar%20dik-kedarmkanker.pdf, voor het advies 11-03 http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20WG%20advies%2020110531%20BVO%20DKO.pdf, en voor het advies 11-07 [http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Bevolkingsonderzoek/BVO_WG_advies_nr_11-07_2011_VI_BVO_DKO\(2\).pdf](http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Bevolkingsonderzoek/BVO_WG_advies_nr_11-07_2011_VI_BVO_DKO(2).pdf).
- ⁵ HERA (2012). *Onderzoek "efficiëntieverhoging Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker"*. In opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Maart 2012.
- ⁶ Vlaamse Regering (2010). *Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. 29 januari 2010 (met latere wijzigingen van het ministerieel besluit op 29 maart 2011, 5 december 2012, 21 maart 2013 en 16 juli 2013).
- ⁷ Vlaamse Regering (2012). *Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker*. 24 augustus 2012 (met latere wijziging van het ministerieel besluit op 19 oktober 2012).
- ⁸ Vlaamse Regering (2013). *Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker*. 29 januari 2013.
- ⁹ Vlaamse Regering (2013). *Ministerieel besluit tot oprichting van de Vlaamse werkgroep 'Gemeenschappelijke aspecten in bevolkingsonderzoek naar kanker'*. 17 april 2013.
- ¹⁰ Pil L, Fobelets M, Putman K, Annemans L (2013). *De kosteneffectiviteit van kanker screening: samenvatting van een systematische review*. In opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. December 2013.
- ¹¹ Rashidian A, Barfar E, Hosseini H, Nosratnejad S, Barooti E. (2013). Cost effectiveness of breast cancer screening using mammography; a systematic review. *Iran J Public Health*. 2013;42(4):347-57.
- ¹² de Kok IM, van RJ, Dillner J, Arbyn M, Sasieni P, Iftner T, et al. (2012). Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. *BMJ*. 2012;344:e670.
- ¹³ Federici A, Marinacci C, Mangia M, Borgia P, Giorgi RP, Guasticchi G (2006). Is the type of test used for mass colorectal cancer screening a determinant of compliance? A cluster-randomized controlled trial comparing fecal occult blood testing with flexible sigmoidoscopy. *Cancer Detect Prev*. 2006;30(4):347-53.
- ¹⁴ HERA (2012). *ibid*.
- ¹⁵ Monitoringcomité Bevolkingsonderzoek naar borstkanker: opdrachtbepaling Monitoringcomité (versie 27 januari 2010).
- ¹⁶ Online: <http://www.mboraad.nl/?dossier/29202/Goed+Bestuur.aspx>.
- ¹⁷ Advisory Committee on Cancer Prevention (2000). Recommendations on cancer screening in the European Union. Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur.J.Cancer*. 36, 1473-1478.
- ¹⁸ Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Daniel J, von Karsa L (eds.) (2008). *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*. 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Online: http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/en_GB/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=ND7007117.
- ¹⁹ Vergote I, Vlayen J, Robays J, Stordeur S, Stemkens D, Smit Y, Bourgain C, De Grève J, Kridelka F, Scalliet P, Simon P, Stroobants S, Van Dam P, Van Limbergen E, Villeirs G (2011). *Een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van cervixkanker*. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports vol 168A.
- ²⁰ Tjalma W, Crijns P, De Sutter P, Ide P, Orye G, Poppe W, Verguts J, Watty K, Weyers S, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging

voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Richtlijnen voor de behandeling van vrouwen met een abnormaal uitstrijkje. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. Volume 61, Issue 2, pp. 108-118.

²¹ De Sutter P, Crijs P, Ide P, Orye G, Poppe W, Tjalma W, Verguts J, Watty K, Weyers S, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Colposcopie en behandeling van cervicale intra-epitheliale neoplasie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. Volume 61, Issue 2, pp. 119-128.

²² Weyers S, Crijs P, De Sutter P, Ide P, Orye G, Poppe W, Tjalma W, Verguts J, Watty K, Wuyts K, Commissie voor Colposcopie en Cervixpathologie van de Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2005). Opvolging na afwijkende cervixcytologie. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. Volume 61, Issue 2, pp. 129-134.

²³ European Commission (2006). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*, fourth edition. Online: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf.

²⁴ Dinnes J, Moss S, Melia J, Blanks R, Song F, Kleijnen J (2001). Effectiveness and cost-effectiveness of double reading of mammograms in breast cancer screening: findings of a systematic review. *Breast*. 2001;10(6):455-63.

²⁵ European Commission (2006). *ibid*.

²⁶ Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (2013). *ibid*.

²⁷ Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar borstkanker (2005). *Aanbevelingen van 24 november 2005 van de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek naar borstkanker betreffende de diagnostische op puntstelling van bij screening gedetecteerde borstletsels*.

²⁸ EUSOMA (2000). The requirements of a specialist breast unit. *Eur. J. Cancer*. 2000, 36, 2288-2293.

²⁹ Wildiers H, Stordeur S, Vlayen J, Scholten R, van de Wetering F, Bourgain C, Carly B, Christiaens M-R, Cocquyt V, Lifrange E, Schobbens J-C, Van Goethem M, Villeirs G, Van Limbergen E, Neven P (2013). *Borstkanker bij vrouwen: diagnose, behandeling en follow-up – Synthese*. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 143As – 3de editie.

³⁰ Mambourg F, Robays J, Camberlin C, Vlayen J, Gailly J (2010). *Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar*. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports vol 129A.

³¹ Vlaamse overheid – beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012). *Voorbereiden implementatie Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Dikkedarmkanker. Algemene offerteaanvraag van diensten*.

³² Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (2013). *Jaarverslag van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen, Jaarrapport 2012*. Uitgegeven door het Centrum voor Kankeropsporing.

³³ Gezondheidsenquêtes van 1997, 2001, 2004 en 2008. Zie website VAZG: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Borstkankeropsporing/Borstkankeropsporing-volgens-opleidingsniveau/>

³⁴ Renard F, Demarest S, Van Oyen H and Tafforeau J (2013). Using multiple measures to assess changes in social inequalities for breast cancer screening. *Eur J Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ckt116 First published online: August 30, 2013.

³⁵ IMA-data van 2004-2007. Zie website van VAZG: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Borstkankeropsporing/Borstkankeropsporing-volgens-sociaaleconomisch-niveau/>

³⁶ Bleyen L (2009). *Analyse deelname vrouwen 50-69 jaar aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker: Een exploratie naar mogelijk beïnvloedende factoren op de al dan niet deelname*. Centrum voor Preventie en Vroegtijdige Opsporing van Kanker & Centrum voor Borstkankeropsporing – Universiteit Gent.

³⁷ Dierckx E, Michiels A, Rothier P, Weyler J, Van Hal G (2006). The influence of district level characteristics on the participation rate of breast cancer screening in the city of Antwerp, Belgium. *Archives of Public Health*. 64:2/3(2006), p. 93-108.

³⁸ Centrum voor Borstkankeropsporing Antwerpen (2008). *Niet-participatie aan de georganiseerde borstkankeropsporing in Vlaanderen*. Verslag van een onderzoek in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen, Juni 2008.

³⁹ Centrum voor Borstkankeropsporing Antwerpen (2009). *Niet-participatie aan de georganiseerde borstkankeropsporing in Vlaanderen: analyse van de drop-out*. Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen, Maart 2009.

⁴⁰ Ondersteuningscel Logo's (2004). *Onderzoek naar mogelijke 'Kritische Succesfactoren' die de participatiegraad van de vrouwen in de doelgroep aan het Vlaamse Borstkankerscreeningsprogramma bepalen*.

⁴¹ Ondersteuningscel Logo's (2008). *Kennis en visie van de doelgroep op de sensibilisatie voor het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. Rapport voor de Vlaamse werkgroep borstkankeropsporing. Oktober 2008.

⁴² Van Hoof E, De Clerck S, Reekmans S, Goris W, Stoffelen E, Vande Putte G (2008). *Drop-out onderzoek in borstkankerscreening: Een studie naar de determinanten van uitval bij vrouwen die participeerden in een eerste screeningsronde*. Onderzoeksrapport. Universiteit Hasselt - Cluster Stress, Health Sciences & Exercise Psychology, Vzw Limburgs Gezondheidsoverleg en Dienst Gezondheid - Provincie Limburg & Leuven Universitair Centrum voor Kankerpreventie.

⁴³ Bleyen L (2009). *ibid*.

⁴⁴ In 2009 maakte VIGeZ een overzicht en analyse van beschikbare studies over de effectiviteit van interventies om de deelname aan georganiseerde borstkankeropsporing te bevorderen. Slechts een minderheid van de studies werd uitgevoerd in Europese landen, en wat kosten-batenanalyses betreft situeerde het merendeel zich in de Verenigde Staten. Zie: VIGeZ (2009). *Effectiviteit van interventies om deelname aan de borstkankeropsporing te bevorderen, Een review van reviews* (Guido Goelen).

⁴⁵ Boonen B (Sd). *Identificeren en implementeren van succesvolle community strategieën bij het promoten van borstkankeropsporing*.

⁴⁶ Goelen G, De Clercq G, Hanssens S (2010). A Community Peer-Volunteer Telephone Reminder Call to Increase Breast Cancer-Screening Attendance. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 37, No. 4, July 2010.

⁴⁷ De Vlaamse Liga tegen Kanker ontwikkelde in 2010 een gids voor hulpverleners over allochtonen en kanker. Zie: Vlaamse Liga tegen Kanker (2010). *Allochtonen en Kanker, Gids voor hulpverleners*. Augustus 2010.

⁴⁸ Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G (2010). The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: A review. *Preventive Medicine*. 50 (2010) 159–164.

⁴⁹ Camilloni L, Ferroni E, Cendales B, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P (2013). Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*. 13(1), 464.

⁵⁰ Logo Antwerpen ontwikkelde in samenwerking met VIGeZ het pilootproject Mamma'Care in Antwerpen-Noord waar vrouwen tussen 50 en 69 jaar die nog nooit aan borstkankerscreening deel hadden genomen, aangespoord werden om mee te doen op basis van een wijkgerichte interventiemix en methodeclustering. In oktober 2010 ging Mamma'Care van start en uit de resultaten blijkt dat het project tot een verhoging van de participatiegraad leidde. Daarom werd het project in 2012 herhaald en de resultaten worden momenteel nog geanalyseerd. Zie: Mamma'care. *Wat vooraf ging*.

⁵¹ De gezondheidssessie 'Omtrent vrouwen' heeft de vorm van een educatief spel ter bevordering van de kennis over belangrijke vrouwen thema's (naast informatie- en ervaringsuitwisseling over borst- en baarmoederhalskankerscreening, worden ook thema's als menopauze, osteoporose en urine-incontinentie ter sprake gebracht). Zie: (1) De Clerck S, Van Hoof E (2006). *Rapport Box 'Omtrent Vrouwen' 2007 - Resultaten van de telefonische enquête bij deelnemers aan de gezondheidssessies 'Omtrent vrouwen'*. Juni 2006. (2) De Clerck S, Van Hoof E (2007). *Evaluatie gezondheidssessies 'Omtrent vrouwen' - Resultaten van de focusgroep met begeleiders van de gezondheidssessies*. Juni 2007.